NIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MEDECINE

Année 1913

THÈSE

N° 380

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LA

Tuberculose du Vieillard

envisagée du point de vue familial et social

PAR

Pierre BAUDOT

Né à Bar-le-Duc le 1er Juin 1884

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

« Maints vieillards catarrheux, bronchiteux, chroniques, asthmatiques, emphysémateux, AGENTS de diffusion de tuberculose familiale. »

L. LANDOUZY, Académie de Médecine, 13 mai 1913.

Président : MONSIEUR L. LANDOUZY, PROFESSEUR

PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VIe Ar.).

1913

380

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MEDECINE

Année 1913 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LA

Tuberculose du Vieillard

envisagée du point de vue familial et social

Pierre BAUDOT

Né à Bar-le-Duc le 1er Juin 1884

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

« Maints vieillards catarrheux, bronchiteux, chroniques, asthmatiques, emphysémateux, AGENTS de diffusion de tuberculose familiale. »

L. LANDOUZY, Académie de Médecine, 13 mai 1913.

Président : MONSIEUR L. LANDOUZY, PROFESSEUR

PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VIe Ar.).

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie minérale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	CHAUFFARD DEBOVE GILBERT LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS X...
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GREGOIRE	LERI.	RETTERER
BRINDEAU	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BROCA André	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBE Marcel	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LECENE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE		OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LANDOUZY

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LAENNEC

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'INSTITUT

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui après avoir bien voulu m'inspirer le sujet de cette thèse et me guider de ses conseils dans son exécution a bien voulu également me faire le grand honneur d'en accepter la présidence.

Qu'il me permette ici de lui témoigner toute ma reconnaissance et de l'assurer de mon profond et respectueux attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur ROCHARD, chirurgien des hôpitaux.

(Externat Saint-Louis 1909-1910)

Monsieur le Docteur P. DALCHÉ, médecin des hôpitaux.

(Externat, Pitié 1910-1911)

Monsieur le Docteur Léon BERNARD, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

(Externat, Laennec 1911-1912)

Monsieur le Docteur THIROLOIX, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

Monsieur le Docteur MAUCLAIRE, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Monsieur le Docteur DESMAREST, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

A mon ami le Docteur P. HARTENBERG.

Au Docteur SEZARY, chef de clinique a la faculté.

En témoignage de vive reconnaissance.

A MA FAMILLE — A MES AMIS

INTRODUCTION

Exposé du sujet. — Plan

Dans une des cliniques qu'il fit, l'an dernier, à l'Hôpital Laennec, notre éminent maître, M. le Professeur Landouzy, insista tout particulièrement sur la fréquence de la tuberculose chez le vieillard, et sur le danger que crée pour la société cette forme fréquemment méconnue. Car si le sujet âgé et tuberculeux reste souvent, du moins en apparence, dans un état de santé satisfaisant, ses crachats, dans la plupart des cas, n'en contiennent pas moins des bacilles de Koch. Et comme l'adulte, il constitue un véritable « agent de diffusion » de tuberculose, et par suite, un danger pour son entourage, c'est-à-dire pour la Famille, et par là même pour la Société.

Puisque les mesures de défense à prendre contre la propagation de la tuberculose sont actuellement à l'ordre du jour, il nous a semblé intéressant d'étudier quelle était la proportion des vieillards bacillifères et de rechercher si les mesures que la Société croirait devoir

prendre pour enrayer le progrès de la contagion de la tuberculose, devraient s'appliquer indistinctement à tous les âges, ou si au contraire, il serait possible de ne pas les étendre à toutes les périodes de la vie.

Deux périodes de l'existence semblent particulièrement intéressantes à étudier : ce sont ses deux extrêmes c'est-à-dire la première enfance et la vieillesse.

Pour ce qui est de l'enfance, le problème semble résolu. M. le Professeur Landouzy, il y a plus de 25 ans, a montré lors de son passage à la crèche de l'hôpital Tenon, que la mort en bas âge était très fréquemment l'œuvre de la tuberculose ou pour parler d'une façon plus exacte et à la fois plus imagée, l'œuvre de la bacillose. La démonstration de ce fait jusqu'alors méconnu, s'appuyait sur des statistiques dressées, non pas seulement à l'aide des diagnostics symptomatiques, mais surtout, fait capital, à l'aide des constatations d'autopsies.

M. le Professeur Landouzy (1) a montré que c'était dans l'énorme proportion de un bébé sur 3,6 c'est-à-dire de 21,1 o/o que la tuberculose frappait de mort la première enfance.

Plus intéressante encore au point de vue prophylactique et au point de vue hygiène sociale est la question de la tuberculose du vieillard. Car si la tuberculose du premier âge est fréquente, elle n'est pas, à proprement parler, transmissible, l'enfant n'expectorant pas ; et, au

(1) Prof. Landouzy. *Revue de Médecine* 1887 et octobre 1888.

point de vue qui nous occupe, elle est surtout comme l'a fort bien dit M. Landouzy, un « *dénonciateur de contages familiaux* », un « RÉACTIF *d'ambiance tuberculeuse* ».

La tuberculose du vieillard est, elle, directement transmissible, ainsi que nous chercherons à le montrer par la suite. D'où, sa plus grande importance, au point de vue social, car ici, non seulement nous savons qu'il est quelque part un foyer de dissémination tuberculeuse mais nous savons exactement quel est ce foyer. C'est donc à cette unique période de la vie que nous bornerons nos recherches.

Le plan que nous allons suivre s'inspirera du titre même de ce travail : « LA TUBERCULOSE DU VIEILLARD ENVISAGÉE DU POINT DE VUE FAMILIAL ET SOCIAL. »

Dans une première partie, nous étudierons la tuberculose sénile à proprement parler, en nous plaçant surtout sur le terrain de l'étiologie et de la fréquence.

Nous verrons comment cette dernière a été appréciée par les différents auteurs ; nous verrons les variations des résultats obtenus par les différentes statistiques, variations que nous chercherons à nous expliquer. Pour nous mieux renseigner encore, nous ferons le relevé du nombre des vieillards morts de tuberculose dans le département de la Seine durant une période de dix ans, ce qui correspond à environ 235.000 décès de vieillards.

Dans une deuxième partie, nous chercherons à montrer comment cette forme sénile de la tuberculose est

loin d'être une forme négligeable au point de vue prophylactique, car c'est là une forme contagieuse, et nous verrons combien serait grande l'erreur d'une société qui, prenant des mesures pour enrayer la contagion de la tuberculose, négligerait de s'attaquer à la forme sénile tout autant qu'à la forme adulte, tout autant qu'à la forme de tous les âges sans exception. Ce seront là nos conclusions.

PREMIÈRE PARTIE

La tuberculose du vieillard. — Sa fréquence.

En abordant ici le sujet de la tuberculose du vieillard, notre but n'est nullement de nous livrer à une étude complète de cette question, hier encore méconnue. Sans doute, il serait d'un fort grand intérêt d'en passer successivement en revue et l'étiologie et la pathogénie et la microbiologie, et l'anatomie pathologique, et l'histologie pathologique, et les symptômes, et les formes cliniques, ainsi que le diagnostic, le pronostic et le traitement. Mais cela nous entraînerait de beaucoup au-delà du cadre de ce travail, ainsi que du plan que nous nous sommes tracé.

Des différentes parties énoncées, nous nous occuperons uniquement de l'étiologie, et encore nous bornerons nous à en étudier ce qui touche à la fréquence de la tuberculose sénile, à analyser ce qu'on en a pensé jusqu'ici et à rechercher qu'elle est à l'heure présente et avec les données des statistiques actuelles l'idée que l'on est en droit de se faire de cette fréquence.

Sur ce point, l'opinion des médecins est souvent fort variable.

Un grand nombre d'entre eux pense que c'est à l'âge adulte ou à l'âge de l'adolescence qu'il faut chercher la tuberculose : pour ce qui est de l'âge avancé, ils n'en ont pas une idée bien nette : à vrai dire, souvent ils ne se sont pas posé la question et n'ont par suite que très peu de données pour s'en faire une opinion le jour où une circonstance quelconque appelle leur attention de ce côté.

S'il en est ainsi, c'est que les maladies du vieillard furent longtemps méconnues et délaissées. En 1840, Prus (1) signalait cet oubli à l'Académie royale de Médecine et terminait son mémoire sur ces mots : « Puisse cette communication offrir à l'Académie l'occasion d'appeler l'attention du monde médical sur la pathologie des vieillards ! Ce sera un bienfait pour l'humanité ».

C'est la même année que Gendrin, étudiant l'influence des âges sur les maladies, exprimait cette idée que la phtisie n'est pas une maladie de l'âge avancé.

Et il nous faut attendre jusqu'à 1854 pour assister à la naissance d'un des premiers travaux sur la question, le « Traité clinique et pratique des maladies des vieillards » de Durand Fardel. Auparavant on n'avait pas songé que le grand âge du malade pouvait avoir une influence quelconque sur l'évolution des maladies rencontrées au déclin de la vie. Et Durand Fardel lui-même, dans son ouvrage qui est pourtant d'une grande valeur,

(1) Prus. — Mémoire de l'Académie royale de méecine, t. VIII, p. 13, 1840.

sans la nier, ne croit pas à la fréquence de la tuberculose sénile. Son chapitre intitulé « Phtisie pulmonaire » ne débute-t-il pas par ces mots : « On peut trouver des tubercules pulmonaires jusque dans l'âge le plus avancé. Les tubercules pulmonaires paraissent soumis aux mêmes lois dans la vieillesse qu'aux autres époques de la vie ; seulement on peut dire qu'en général, sous le rapport de leurs manifestations, de leur marche et de leurs terminaisons, ils ne présentent alors, en quelque sorte, qu'un diminutif de ce qu'on observait auparavant ». Et il ajoute : « Nous n'aurons donc point à entrer dans de grands détails au sujet de la phtisie dans la vieillesse et nous ne voyons même pas qu'il soit utile d'en entreprendre la description. Quelques courtes remarques sur plusieurs points qui la concernent et quelques exemples propres à donner une idée de ce que l'on peut rencontrer à cet âge, telle sera simplement la substance de ce chapitre ».

Ainsi donc, l'un des premiers qui se soient occupés des maladies de la vieillesse, n'attachait que peu d'importance à la tuberculose sénile ; ou plutôt, et c'est un point important à noter, à la phtisie pulmonaire du vieillard, ainsi que le désigne le titre même du chapitre. Nous reverrons par la suite la différence qui existe entre ces deux mots et les erreurs sur l'appréciation de la fréquence que peut entraîner la confusion de ces deux termes.

Gillette (1), en 1851, nous déclare que la tuberculose

(1) Gillette. — Supplément au Dictionnaire des Dictionnaire. Art. Vieillesse.

est rare chez les vieillards. En 1868, c'est Charcot (1) lui-même qui écrit que la « vieillesse semble créer à certains égards des immunités pathologiques : les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, la phtisie sont peu commune à cet âge ».

Plus près de nous, en 1879, dans sa thèse où il étudie la contagiosité de la phtisie pulmonaire, de Musgrave-Clay (2), s'appuyant sur 111 observations cite « *la jeunesse du sujet sain* » parmi les facteurs favorables à la contagion de la phtisie.

Sans doute déjà, l'un des hommes à qui la phtisiologie doit ses plus éclatants progrès, celui qui fut un véritable rénovateur, Laënnec (3) le père de l'auscultation, avait déjà entrevu et dénoncé la fréquence de la tuberculose sénile. Dans son traité de l'auscultation médiate il écrivait en parlant de la phtisie : « Aucun âge d'ailleurs n'en est exempt... Elle est très fréquente dans la vieillesse même avancée : j'ai fait l'ouverture du corps d'une femme de 99 ans et quelques mois qui avait succombé à cette maladie ».

Mais à cette époque l'idée de cette grande fréquence ne fut pas admise et quelques années plus tard, Andral, publiant ce même traité de Laënnec qu'il augmentait, ajoute, parlant de tubercules : « On les rencontre jusque dans la vieillesse la plus avancée. Laënnec en cite

(1) Charcot. — Leçons sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques, 1868, page 13.

(2) De Musgrave-Clay. — Etude sur la contagiosité de la phtisie pulmonaire.

(3) Laënnec. — Traité d'auscultation médiate, augmenté par Andral, t. II, p. 184.

dans ce paragraphe un exemple remarquable, mais il a avancé une opinion que détruisent les observations répétées chaque jour, lorsqu'il affirme que, chez les vieillards, la tuberculose est très fréquente. Pour se convaincre de l'inexactitude de cette assertion, il suffit de s'être livré pendant assez longtemps à des recherches d'anatomie pathologique dans l'hospice de Bicêtre : il sera fort rare de trouver des tubercules dans les poumons des vieillards qui y termineront leur carrière ».

D'autre part, nombre de traités classiques actuels après avoir rappelé que le bacille de Koch frappe surtout pendant la période de la vie qui s'écoule entre vingt et trente-cinq ans, passent sous silence ou effleurent à peine la question de l'infection de vieillard.

Comment s'étonner dans de pareilles conditions que l'opinion de beaucoup de médecins pratiquants, de ceux qui n'ont que rarement l'occasion d'autopsier les sujets âgés succombant à une cause surajoutée quelconque et sans avoir souvent présenté aucun des symptômes classiques de la tuberculose, comment s'étonner, dis-je, que l'opinion de ces médecins ne soit autre en l'occurence que celle d'Hippocrate lui-même. « La phtisie, disait celui-ci, en ses aphorismes, survient surtout aux âges de 18 à 35 ans ».

Ces citations anciennes, Peter les fait suivre de cette remarque : « puberté et virilité, telle est bien, en effet, la période de la vie où la phtisie se montre la plus fréquente et les notions hippocratiques sont si bien connues des gens du monde, qu'ils ne croient guère à cette ma-

ladie passé cet âge, et que même beaucoup de médecins sont gens du monde sur ce point. Il s'en faut bien qu'il en soit ainsi. »

Après avoir vu quelle opinion le médecin pouvait retirer de la lecture des principaux traités de médecine générale, ainsi que de celle des premières études faites sur les maladies des vieillards, si nous examinons les ouvrages de ceux qui, en ces derniers temps, ont spécialement étudié la question, nous assisterons à une modification à peu près complète de notre première opinion. A l'idée de rareté que nous nous étions faite, idée souvent admise par le monde médical, il nous faut substituer l'idée que l'un des premiers, sinon le premier, avait émise Laënnec en proclamant la fréquence de la tuberculose sans la vieillesse, même avancée.

Etablissant en quelque sorte un terme de passage entre la période qui avait précédé et celle qui accompagnait les études de plus en plus importantes sur la pathologie sénile, Durand-Fardel, comme nous l'avons déjà vu, s'il ne la croyait pas fréquente, reconnaissait du moins l'existence de la tuberculose chez le vieillard. Et depuis cette époque, tous ceux qui ont étudié la tuberculose chez le vieillard sont à peu près d'accord pour en signaler la fréquence.

Rappelons entre autres avis, celui de Peter. Après avoir condamné la doctrine hippocratique faisant de la période comprise entre 18 et 35 ans celle de prédilection de la tuberculose, doctrine adoptée des gens du monde

ainsi que de beaucoup de médecins, Peter (1) s'exprime ainsi : « Ce qui est vrai, c'est que la période hippocratique de la phtisie est celle de la tuberculisation à laquelle on arrive par prédisposition constitutionnelle ou héréditaire ; les débiles, les lymphatiques ou les enfants de tuberculeux sont « poitrinaires » à ces âges... Mais ceux qui étaient nés pour n'être point tuberculeux peuvent le devenir vers la cinquantaine... » Plus explicite encore est l'opinion de Fuller (2) pour qui « les phtisiques sont aussi nombreux à 70 ans qu'à 15 ». Pour M. le Professeur Marfan (3) qui a étudié spécialement la phtisie des vieillards, celle-ci est loin d'être une rareté. Potain (4) se rapproche des idées de Fuller en disant qu'elle est presque aussi fréquente que celle de l'adulte. Après avoir rappelé que, d'après les chiffres de Philadelphie et d'après ceux de Vulpian, la mort par tuberculose s'observe après cinquante ans dans 1/6 ou 1/7 des cas, il déclare être arrivé personnellement à Necker à des chiffres à peu près analogues. Tout récemment dans un article paru en 1911, Oppenheim et Le Coz (5) signalent aussi la grande fréquence de la tuberculose sénile, trop souvent méconnue. C'est aussi l'opi-

---

(1) Péter. — Cliniques 1882.

(2) Fuller. — Dieass of the hings..., 1867.

(3) Marfan. — Phtisie des vieillards, in Traité de Médecine. 1893. T. IV. p. 764.

(4) Potain. — Semaine Médicale 1890. p. 237 ; Bulletin médical, décembre 1894, p. 1083.

(5) R. Oppenheim et Ch. Le Coz. — Fréquence de la tuberculose pulmonaire des vieillards. Progrès médical, 7 décembre 1911.

nion que partage M. Barié dans ses articles de la *Revue Médicale* de 1895 et 1896.

Rappelons enfin pour terminer que, ces temps derniers, Rauzier dans son Traité et Pic dans son Précis des Maladies des Vieillards insistent longuement sur la fréquence des lésions tuberculeuses dans les âges les plus avancés.

De pareilles divergences de vue entre les médecins, sur un sujet qui pourrait sembler très simple à élucider frapperaient vivement un esprit qui serait peu expérimenté dans la pathologie du vieillard. Aussi avons-nous cherché à comprendre le pourquoi de ces divergences d'appréciation ; nous avons voulu trouver des explications à cette opinion que fait naître la pratique courante et à l'opinion inverse professée par les spécialistes.

Tout d'abord il est un point sur lequel il n'est pas inutile d'insister : c'est sur la disproportion considérable qui existe entre le nombre des vieillards et celui des adultes et des adolescents.

Comment dès lors s'étonner de ne rencontrer sur notre chemin qu'un petit nombre de vieillards tuberculeux puisque le nombre des vieillards est lui-même très peu élevé ? Ce facteur d'erreur d'appréciation, Peter (1) le signale en ses cliniques et après avoir rappelé que selon Füller les phtisiques sont aussi nombreux à 70 ans qu'à 15 ans il ajoute : « si cette proposition paraît inexacte,

---

1) Peter. — Cliniques, 1882, tome II.

c'est au point de vue absolu, car en vérité, on en compte plus de jeunes que de vieux ; mais la proposition est très fondée au point de vue relatif, c'est-à-dire que sur 100 individus de 70 ans, il y en a presque autant de poitrinaires que sur 100 individus de 15 ans ».

C'est bien là, il est vrai, une des raisons qui font envisager la tuberculose sénile comme plus rare qu'elle ne l'est en réalité.

Mais il en est d'autres, plus importantes peut-être et qui tiennent à la nature même, et à l'évolution des troubles que produit chez le sujet âgé, le développement du bacille de Koch.

Comme le faisait déjà observer Durand Fardel, si la tuberculose du vieillard peut parfois présenter une évolution rapide elle n'en présente pas moins, dans la très grande majorité des cas, une marche extrêmement lente. Cette lenteur est d'autant plus grande, qu'elle existe à un âge plus avancé. Et pendant la longue marche de cette infection souvent ignorée du malade, souvent ignorée de la famille, souvent ignorée du médecin lui-même, la santé générale, les forces du vieillard ne semblent que peu ou pas atteintes.

Le pronostic peut au premier abord sembler si bénin que Fontagrives a pu dire, sans doute avec quelque exagération que « passé 45 ou 50 ans, il est à peu près indifférent d'être ou de ne pas être phtisique ».

Les quelques troubles que l'on peut observer paraissent souvent complètement indépendants de l'infection bacillaire dont nous observons une forme torpide, mas-

quée derrière le catarrhe bronchique, l'emphysème ou la sclérose pulmonaire. Les seuls signes stethoscopiques que l'on pourrait observer seraient ceux de ces affections mais n'auraient rien de propre à la tuberculose. En règle générale, méfions-nous des signes physiques ; ils sont trompeurs et leur valeur n'est pas bien grande.

Ainsi que le fait remarquer Gillette (1) « le caractère le plus ordinaire des maladies séniles, c'est le peu de corrélation qui existe entre les lésions locales et les symptômes généraux : un organe important peut être déjà atteint gravement sans que des troubles notables aient révélé à la famille, quelquefois au médecin, les progrès du mal ».

En général, l'allure apyrétique de la maladie n'évoque nullement l'idée d'infection et loin de présenter l'affaissement que l'on serait en droit d'attendre d'un état fébrile, c'est en présence d'un état de santé à peu près parfait que se trouve le médecin. Le malade ou soi-disant tel est gai, il a bon appétit, il ne demande qu'à causer et à plaisanter. Ne ressentant nulle douleur, il s'étonne parfois des soins que l'entourage lui apporte.

Quand, comme il arrive fréquemment, après un séjour au lit plus ou moins prolongé, apparaît un état de maigreur quelquefois assez marqué, le visiteur, pour l'expliquer, est tout naturellement porté à incriminer l'âge avancé du malade. Car combien de vieillards ne sont

(1) Gillette. Dictionnaire des Dict. Art. Vieillesse.

nullement malade mais n'en sont pas moins dans un état d'amaigrissement accentué !

Le diagnostic de la tuberculose du vieillard est donc souvent fort difficile à établir, et n'étaient les procédés de laboratoire, tels qu'inoculations, recherches des bacilles, etc, il serait la plupart du temps complètement impossible de le faire.

En résumé, ce sont donc, dans la plupart des cas, des formes entièrement latentes, sans toux, sans expectoration, sans dyspnée et sans fièvre.

Et cet état peut durer des années.

Nous ne saurions mieux faire, pour en dresser le tableau clinique et pour montrer combien le diagnostic peut être difficile, que de reproduire quelques exemples caractéristiques.

Les observations ne sont pas rares, aussi nous bornerons-nous à en reproduire deux ou trois parmi les plus typiques.

OBSERVATION I (Barth)

Bulletin de la Société anatomique, 1849, p. 351

M. Barth apporte les poumons d'une femme âgée de 76 ans, entrée à la Salpétrière le 2 novembre 1849, morte le 24 et ouverte le 25. Elle toussait depuis bien des années ; elle faisait remonter cette toux à l'invasion des alliés, en 1814 ; depuis, la toux avait été plus ou moins forte, mais jamais

elle n'avait été complètement interrompue ; elle était plus forte en hiver qu'en été. A l'entrée de la malade à l'infirmerie, on trouve beaucoup de sonorité dans toutes les parties inférieures de la poitrine et un son obscur dans les régions supérieures ; on entendait des râles muqueux en arrière et en avant, ils étaient alternativement plus abondants à droite et à gauche, les bulles étaient assez grosses supérieurement ; inférieurement on en trouvait de moyennes et de diverses grosseurs ; il n'y eut point de fièvre dans les premiers jours, mais elle ne tarda point à se montrer ; avec elle survint de l'accablement, puis la perte de l'embonpoint ; enfin il se déclara une méningite subaigue qui fut suivie de mort.

Diagnostic. — On n'avait pas pu douter de l'existence d'un catarrhe pulmonaire, car la malade rendait des mucosités verdâtres, opaques, semipuriformes ; mais, comme les râles à grosses bulles s'entendaient sous les clavicules, on se demandait s'il fallait les attribuer à l'existence de tubercules d'autant mieux qu'ils coexistaient avec de l'amaigrissement ; toutefois l'idée des tubercules était éloignée par l'ancienneté de la bronchite, à moins qu'on admit qu'ils étaient demeurés stationnaires, et qu'ils venaient de reprendre leur marche. Il était impossible de se prononcer à cet égard d'une manière absolue : toutefois on s'arrêtait plus volontiers à une dilatation des bronches compliquée de bronchite chronique pulmonaire.

A l'autopsie, les parties inférieures des deux poumons étaient souples et emphysémateuses : elles étaient molles, élastiques et ne s'affaissaient point. Les 2/3 supérieurs étaient denses, compacts, quelque peu froncés au sommet et adhérents ; dans les lobes supérieurs des poumons se voyaient des cavités tapissées de membranes fines, rougeâtres qu'on était

tenté de prendre d'abord pour des cavités ulcéreuses ; mais, en examinant de plus près, on distinguait à l'intérieur de ces cavités les éperons bronchiques. De plus, les radicules des bronches se terminaient en ampoule au sommet des poumons ; çà et là on trouvait d'autres cavités dont il était facile de découvrir la communication avec les bronches ; ces cavités étaient plus prononcées à gauche qu'à droite, et leur nombre était très considérable ; entre elles se voyait le tissu pulmonaire résistant à la pression et ne présentant pas de traces de ramollissement comme dans l'inflammation ; enfin, on trouvait *dans les deux poumons des granulations grises, demi-transparentes tantôt disséminées, tantôt en nombre.*

OBSERVATION II (Pidoux)

Mme M..., 74 ans, affectée d'un catarrhe bronchique disséminé avec spasme (asthme humide) depuis plus de 10 ans. Il est impossible de voir une femme de cet âge plus forte et mieux conservée. Je suis appelé près d'elle à Paris, au commencement de l'année 1867. D'après les symptômes généraux et même les symptômes locaux qu'on appelle rationnels, j'étais loin de croire ce que l'auscultation et la percussion allaient m'apprendre.

Indépendamment de la dyspnée, de l'expectoration abondante, opaque et quelquefois sanguinolente, indépendamment des rhoncus muqueux et sibilants existant dans toute la poitrine, mais surtout à droite, je trouve *tout le sommet de ce poumon mat*, et j'y perçois des *craquements humides, très nombreux et très caractéristiques*. Un mois après, je suis té-

moin de plusieurs *petites hémoptysies*. Au mois de juillet, Mme M..., vient aux Eaux Bonnes malgré une irritabilité bronchique excessive.

Eau thermale bien supportée, Mme M... est née de parents forts et rhumatico-goutteux. Elle-même d'une stature et d'une corpulence haute et large, comme chez les artrhitiques éprouve souvent et depuis longtemps des rhumatalgies musculaires et articulaires. Elle est d'ailleurs asthmatique.

OBSERVATION III

(Vulpian, rapportée par Moureton.)

P... Marguerite, âgée de 81 ans. Cette malade, d'un caractère fantasque, offrait souvent des apparences d'une bizarre exaltation, sans véritable délire, était souffrante depuis quelques jours lorsqu'elle entra à l'infirmerie, le 21 avril. Quand on l'interrogeait, elle disait ne souffrir nulle part. Elle avait de la fièvre, la peau chaude, la langue sèche, la face altérée ; elle avait perdu l'appétit; elle ne toussait et ne crachait pas. Les organes thoraciques, examinés tous les jours, ne présentèrent rien pendant les premiers temps de son séjour. La veille de sa mort on entendit un peu de respiration soufflante sans bronchophonie, en haut et à gauche. Elle mourut d'une manière subite, le 30 avril. Deux à trois minutes avant sa mort, elle arrangeait ses oreillers; elle n'eut jamais de délire.

Autopsie. — Cavité cranienne... (rien d'anormal).

Cavité thoracique. Il n'y a pas de liquide épanché dans les cavités pleurales. Les deux poumons sont un peu congestionnés, surtout à leur partie moyenne Il n'y a pas de pneumonie

véritable, mais, dans certains points, il y a probablement de la pneumonie vésiculaire disséminée ; un petit morceau du poumon droit pris dans la partie supérieure, va au fond de l'eau, mais lentement. Les deux poumons sont parsemés d'une *quantité innombrable de petites granulations grises*, très peu volumineuses, ayant en général de 1 à 2 millimètres de diamètre ; les granulations sont réparties à peu près également dans tous les points des deux poumons. On en voit du même volume et en même nombre sous la plèvre ; on n'en trouve pas dans les ganglions bronchiques. Une seule granulation, dont la nature est douteuse, existe dans le péricarde viscéral.

OBSERVATION IV (Peter) (1)

(D'après le Dr Constantin Paul)

(Observation où l'on voit un malade manifestement tuberculeux pendant 9 ans, survivre à sa lésion et en porter sans dommage depuis un 1/2 siècle les incontestables vestiges.)

Le général de B..., est né le 12 juin 1799 : il a donc aujourd'hui 77 ans. Sa constitution est robuste ; à l'âge de 16 ans il est entré au service dans les gardes du corps. Deux ans après, à l'âge de 18 ans, il a été pris d'une attaque d'heumoptysie pour laquelle il a été traité à l'hôpital militaire du Roule, par Sue, alors médecin principal de cet hôpital. Il y est resté 6 mois, soumis aux bains, aux sangsues, aux saignées, à la diète lactée : chaque fois que le traitement était suspendu, les hemoptysies revenaient. Au bout de 5 mois de séjour, les cra-

(1) Peter. — Cliniques 1882. T. II.

chements de sang s'arrêtèrent définitivement : et un mois plus tard, le malade quittait l'hôpital dans un état de faiblesse tel qu'il ne marchait plus qu'avec des béquilles et qu'il ne pouvait faire le moindre effort sans être pris d'essoufflement. En quittant l'hôpital pour retourner à St-Germain, il fut mis par son père au régime du vin de Bordeaux et d'une équitation modérée. Après 6 mois de convalescence, il était rétabli complètement et rentrait au service.

En 1823, sa santé fut ébranlée de nouveau : il contracta une pleurésie qui fut accompagnée d'une hémoptysie abondante ; cette maladie le retint deux mois à l'hôpital. Trois ans plus tard, en 1826, il retourna encore une fois à l'hôpital pour une nouvelle hémoptysie. A cette époque sa santé paraissait tellement menacée qu'on s'attendait à le voir réformer d'un jour à l'autre. Depuis ce temps, il n'a jamais été malade, mais a continué de cracher le sang fréquemment. Sa santé s'est si bien remise, et l'oppression était si peu forte qu'il pouvait, à la chasse, gagner à la marche les valets de chiens, qu'il commandait son régiment sans fatigue, et n'a jamais eu d'hemoptysie à la suite des efforts qu'il devait faire pour commander.

« C'est du reste, un homme très sobre, se conduisant avec beaucoup de tact en ce qui concerne l'hygiène ; si bien que pendant ses nombreuses campagnes d'Afrique, il n'a jamais contracté ni la fièvre intermittente, ni la dysenterie.

« Aujourd'hui le général de B... n'est nullement malade ; il est à la retraite après cinquante années de service militaire actif et nous ne donnons son observation que pour montrer de quelles lésions pulmonaires il a pu triompher.

« Voici quel est l'état des organes respiratoires :

« La poitrine est large, carrée, a un périmètre de 104

centimètres, bien que le malade ne soit pas obèse. La hauteur de la poitrine mesure 25 centimètres de la fourchette à l'appendice xiphoïde du sternum.

« Les lésions qu'on y rencontre ne se trouvent qu'à la partie supérieure du poumon gauche, et le siège en est indiqué immédiatement par une dépression de la troisième et de la quatrième côte, au-dessus et en dehors du mamelon. On constate, en outre, à la percussion : en avant, une matité complète absolue qui commence à la clavicule et descend jusqu'à la matité cardiaque avec laquelle elle se confond ; en arrière, la percussion donne une matité absolue dans les fosses sus et sous-épineuses, et plus bas une matité relative. Du côté droit, la sonorité est normale.

« L'auscultation, qui fait entendre presque partout un un bruit respiratoire normal, avec faible murmure vésiculaire c'est-à-dire sénile, ne donne de bruits pathologiques que dans la partie supérieure du poumon gauche. On entend, en avant, sous la clavicule gauche, une *respiration soufflante, caverneuse*, occupant toute la largeur du côté gauche, descendant jusqu'à la troisième côte, un peu au-dessous, dans le troisième espace intercostal on entend un *bruit de gargouillement* beaucoup plus prononcé du côté axillaire que du côté sternal. La voix est retentissante et caverneuse dans le deuxième espace intercostal ; elle n'est pas amphorique ; elle donne, en outre, de la pectoriloquie de Laennec et de la pectoriloquie aphone très bien articulée, indiquée par MM. Guéneau de Mussy.

« La plessimétrie stethoscopique et le choc des pièces d'argent ne donnent absolument rien. En arrière, la respiration, qui est faible et presque silencieuse dans la partie inférieure du poumon, donne, dans la fosse sous-épineuse, un

bruit de souffle dans l'expiration, bruit éloigné, et qui n'est accompagné d'aucuns râles. Dans le point où ce bruit est le plus accusé, on entend le retentissement de la voix et de la toux, de la pectoriloquie de Laennec, moins accusée en avant, et de la pectoriloquie aphone. La plessimétrie stéthoscopique est muette ici comme en avant, alors qu'elle transmet très bien un bruit du côté opposé.

« A part les crachements de sang, l'expectoration a été constamment nulle ou à peu près ; l'absence du catarrhe, de vomiques et de phénomènes de l'auscultation nous permettent d'affirmer qu'il ne s'agit pas ici d'une dilatation bronchique, mais bien d'une *caverne tuberculeuse*.

« En dehors de ces phénomènes respiratoires, les autres fonctions sont intactes, notamment les fonctions cardiaques ainsi que celles de la circulation.

« L'âge avancé du malade nous permet de rechercher si son affection s'est transmise à ses descendants, et nous trouvons que sur trois enfants, l'aîné est vigoureux et bien constitué, qu'une petite fille est morte à six ans d'une méningite tuberculeuse, et que le troisième enfant n'est pas venu à terme. »

L'impression qui se dégage de la lecture de ces diverses observations est que, ne sont pas phtisiques, ceux dont nous venons de lire l'histoire. Et si au lieu de prendre connaissance de ces malades simplement par la lecture de l'observation, nous avions pu les avoir devant nos yeux, cette impression serait plus marquée encore. Car c'est surtout notre mémoire visuelle qui a le

don d'évoquer chez nous, la triste vision du phtisique.

La phtisie est en effet quelque chose de bien précis. Comme l'indique l'étymologie du mot (φθίσις = consomption) il indique un état dans lequel le malade va, pour ainsi dire, se consumant chaque jour.

M. le Professeur Marfan nous en rapporte ce vivant tableau qu'en traçait Aretée :

« La phtisie, a pour cause l'ulcération du poumon succédant à la toux prolongée ou a l'hémoptysie, elle est accompagnée d'une fièvre continue qui, plus marquée en général pendant la nuit, peut être comme masquée pendant le jour et paraître intermittente ; cependant elle se révèle par le malaise, la faiblesse, l'amaigrissement. Le pouls est petit et dépressible, le sommeil est troublé, la peau se décolore, l'aspect des crachats est infiniment variable ; ils peuvent être livides, noirâtres, blancs, jaunes, verdâtres, jaspés de blanc et de vert, larges, arrondis, consistants, glutineux ou diffluents, fétides ou inodores. » Et plus loin il ajoute : « Aux symptômes précédents, s'ajoutent l'oppression, la faiblesse des poumons, l'anxiété, l'inappétence ; les pieds sont froids le soir et brulants le matin ; surviennent alors des sueurs plus pénibles que la chaleur et qui s'étendent à la poitrine. La voix devient rauque, le cou s'incurve ; il est grêle, peu mobile, comme rigide ; les doigts sont amaigris, renflés au niveau des articulations, montrant la forme des os ; la pulpe de leurs extrémités est élargie, les ongles sont recourbés. Le nez est pointu,

aminci, les pommettes saillantes et empourprées, les yeux caves, transparents, brillants, la face pâle décharnée, quelquefois comme bouffie, livide. Les lèvres sont tendues sur les dents comme dans le rire. L'aspect de ces malades rappelle en tous points celui des cadavres. Les autres parties du corps ont subi la même altération, les chairs ont disparu ; on ne voit plus les muscles des bras ; les mamelles atrophiées ne sont plus représentées que par le mamelon ; on peut compter les côtes ; voir le lieu où elles finissent, leurs articulations avec les vertèbres et le sternum ; les espaces intercostaux déprimés, forment des excavations rhomboïdales qui font saillir le contour des os. L'épigastre vide semble refoulé en haut. L'abdomen et les flancs sont collés contre le dos ; les articulations décharnées deviennent saillantes ; l'épine vertébrale, au lieu de présenter une gouttière, fait relief en arrière par l'atrophie des muscles situés de chaque côté ; les omoplates soulèvent la peau et ressemblent aux ailes des oiseaux. Si le ventre se dérange, il n'y a plus d'espoir ».

Nous sommes là, on le voit, bien loin du tableau que nous présentent les observations déjà citées ainsi que celles que nous serons amenés à reproduire par la suite.

C'est que, nous ne saurions trop y insister, la tuberculose chez le vieillard ne revêt en aucune sorte l'apparence clinique de la phtisie pulmonaire.

Or, pour beaucoup de médecins encore, le mot tu-

berculose évoquant l'image de la phtisie, il en résulte que pour beaucoup, la tuberculose du vieillard constitue une exception.

Cette dissemblance si marquée entre la phtisie et la tuberculose sénile s'explique par la dissemblance des lésions et du processus d'évolution.

Au déclin de l'existence en effet, la tolérance de l'organisme pour le tubercule s'affirme de façon toute spéciale. Le sujet, généralement fut plein de vigueur, comme le témoige l'âge avancé auquel il est arrivé : aussi ne cède-t-il pas facilement à la marche envahissante des lésions dues au bacille de Koch. Par l'intermédiaire du tissu fibreux, il arrête et il englobe en quelque sorte les lésions déjà formées pour enrayer l'extension et la généralisation du processus morbide. Nous ne sommes plus alors en présence d'une diathèse, mais bien d'une infection.

La réaction des autres fonctions et des autres organes est pour ainsi dire nulle. Car, comme l'a dit Grisolle (1), « à un âge avancé les organes semblent vivre et souffrir isolément- leur sphère d'activité paraît plus restreinte ». On ne retrouve plus cette solidarité établie entre les organes de l'homme dans l'intérêt de sa conservation. Chacun des organes du vieillard vit isolé, et lorsque l'un d'eux sera malade, les autres ne bougeront, et ne viendront pas à son secours. A ce sujet, Prus (2) fait cette comparaison :

(1) Grisolle. Traité de la pneumonie, p. 425.
(2) Prus. Mémoire de l'Académie royale de Médecine, 1840. T. VIII.

« Entrez dans une salle consacrée au traitement des maladies de la vieillesse, vous serez étonné de la complète indifférence avec laquelle un malade voit mourir ses voisins. Eh bien ! il en est de même dans l'économie du vieillard ; elle se démolira pièce à pièce sans qu'il y ait réaction d'ensemble, sans qu'on aperçoive un effort conservateur. Un poumon (qu'on ne s'étonne pas si je prends souvent pour exemple l'organe qui joue le rôle principal dans les maladies de la vieillesse), un poumon, dis-je, pourra être devenu imperméable à l'air, pourra être complètement désorganisé sans que le cœur ait annoncé par la force et la fréquence de ses battements qu'une des fonctions les plus essentielles à la vie va cesser. Quelle preuve plus frappante pourrait-on donner de la rupture de ces liens sympathiques qui unissaient les organes ? Kant a émis une pensée pleine de justesse et que les médecins devraient avoir toujours présente à l'esprit, lorsqu'il a dit que la raison de la manière d'être de chaque partie d'un corps vivant réside dans l'ensemble, tandis que, dans les corps bruts, chaque partie l'a en elle-même. Il faut ajouter que les progrès de l'âge qui tendent sans cesse à rapprocher les parties constituantes du corps de l'homme des matières inanimées, ont déjà singulièrement restreint chez le vieillard, cette action mutuelle que les organes exercent les uns sur les autres et qui les réunit en un tout vivant ».

La disproportion qui existe souvent entre les lésions anatomiques et les symptômes tant physiques que fonc-

tionnels a permis à M. Michel de distinguer à la tuberculose deux sortes de fréquence : d'une part, la fréquence anatomique, très grande ; d'autre part, la fréquence clinique, très faible, celle-là. Cette division correspond à quelque chose de réel et résume bien les motifs qui créent de telles divergences de vue parmi les médecins lorsqu'il s'agit d'apprécier la fréquence sénile.

Après avoir vu comment se comporte la tuberculose du vieillard nous allons rechercher en quelle proportion existe cette tuberculose et c'est aux chiffres et aux statistiques qu'il appartient de fixer notre esprit sur ce point, tout particulièrement intéressant pour la Société.

Nous les ferons porter sur deux points tout différents : ce seront d'abord des statistiques de morbidité, puis des statistiques de mortalité. Nous rappellerons les chiffres qui ont été cités par divers auteurs ; enfin nous exposerons ceux auxquels nous ont amené nos recherches portant sur la mortalité dans le département de la Seine durant une période de dix années. De ces statistiques, nous verrons les résultats, quelquefois contradictoires tout au moins en apparence suivant les époques de leur publication ou suivant que les relevés se rapportent à la morbidité ou à la mortalité. Enfin nous verrons, en les analysant, s'il est posible dans une certaine mesure de nous expliquer les variations de ces résultats.

---

(1) Michel. -- Etude sur la tuberculose pulmonaire des vieillards. Thèse Paris 1894.

Prus (1) en 1840, sur 685 vieillards, ne trouvait que cinq phtisies pulmonaires, soit 0,72 o/o. Mais par contre il trouvait 92 bronchites d'étiologie méconnue.

La statistique de Moureton (2) qui arrivait au taux de 14,62 o/o ne portait que sur 130 femmes âgées.

En 1900 paraissent les importants travaux de Noegeli (3). C'est lui qui proclame, d'après ses autopsies, que « tout adulte est tuberculeux ». Il divise les tuberculoses en actives et en inactives, c'est-à-dire complètement cicatrisées. Les premières, les formes actives, seules, nous intéressent. En ce qui concerne les formes actives non mortelles, c'est-à-dire celles qui peuvent entrer dans une statistique de morbidité, il trouve 15 cas sur 59 autopsies, soit environ 25 %.

Nous ne saurions mieux faire, pour donner une idée exacte de ses résultats, que de reproduire les courbes que Noegeli lui-même a publiées.

La courbe I nous montre que tout adulte est tuberculeux, et par conséquent que c'est dans l'enfance qu'on se tuberculise.

La courbe II nous montre que si la tuberculose est d'autant moins rare, elle est par contre d'autant plus inoffensive que l'âge du sujet est plus avancé.

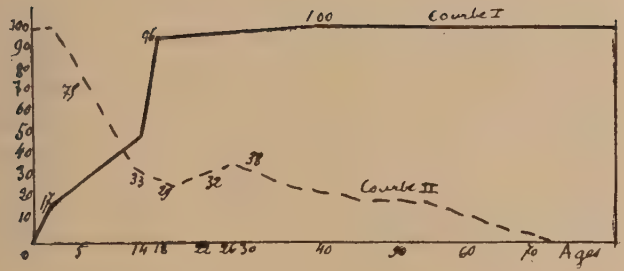
Les courbes III, IV et V nous indiquent, rapportée

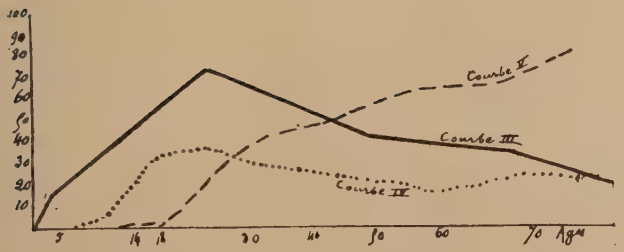
---

(1) Prus. — Recherches sur les maladies de la vieillesse. (Mémoire de l'Académie royale de médecine. I VIII, 1840, p. I).

(2) Moureton. — Thèse, Paris, 1863.

(3) Noegeli. Ueber Haufigkeit. Lokalisation und Ausheülung der Tuberkulose, nach 500 sektionen des Zurcherischen pathotologischen Institutes (Wirchow's Archi, 1900).





Courbe I. — Fréquence de la tuberculose d'après les autopsies, calculées sur 100 autopsies de la même période d'âge.

Courbe II. — Fréquence de la tuberculose comparée avec les tuberculoses totales constatées.

Courbe III. — Fréquence d'une tuberculose active (mortelle ou latente) sur 100 cas de la même période d'âge.

Courbe IV. — Fréquence d'une tuberculose active ou latente sur 100 cas de la même période d'âge.

Courbe V. — Fréquence d'une tuberculose latente inactive (guérie) sur 100 cas de la même période d'âge.

à 100, quelle est, aux différents âges, en premier la fréquence de la tuberculose active qu'elle soit mortelle ou latente, en second, celle de la tuberculose active ou latente)non mortelle) ; en dernier, celle de la tuberculose guérie.

En 1901, Romberg (1) se basant sur le séro-diagnostic arrive à des chiffres de morbidité sénile à peu près analogues à ceux de Noegeli.

Etienne (2) trouve en 1905, sur un total de 2.549 tuberculeux, 101 sujets âgés de plus de 60 ans. Mais cette proportion de 3.96 o/o se rapporte non plus comme les précédentes à un certain nombre de vieillards, mais bien à un certain nombre de tuberculeux de tout âge. Elle ne saurait donc entrer en parallèle avec les précédentes, bien que nous montrant que la tuberculose sénile n'est pas une rareté.

Plus intéressant est le résultat de ses ophtalmoréactions à la tuberculine. Cette épreuve, il la trouve positive 72 fois sur 100, après l'avoir pratiquée sur 106 vieillards dont 16 seulement présentaient des signes nets de tuberculose.

Mantoux (3) a eu recours à l'intradermoréaction chez 51 sujets âgés de plus de 60 ans avec 33 réactions positives, soit 64 °/₀.

Oppenheim et Le Coz (4), par le même procédé ap-

(1) Romberg. Zur serum diagnose der Tuberkulose. (Deut. med. Woch. 1901, n°ˢ 18 et 19. — Weitére mittheilungen zum serum diagnose der Tuberculose. (Munich, med. Woch., n° 28 1902).

(2) Etienne. Revue médicale de l'Est 1905, p. 577.

(3) Mantoux. L'intradermoréaction à la tuberculine. Société Biologie, 3 juillet et 30 octobre 1909.

(2) Oppenheim et Le Coz. Fréquence de la tuberculose pulmonaire des vieillards. Progrès médical, 7 janvier 1911.

pliqué à 1.162 vieillards trouvent une proportion de résultats positifs égale à 77 °/₀.

Le Coz (1), utilisant aussi cette même réaction sur 2.202 vieillards, trouve une proportion de 82 °/₀ résultats positifs.

Hâtons-nous de dire que l'intradermoréaction dont usèrent Mantoux, Oppenheim et Le Coz, est, parmi les procédés de laboratoire permettant le diagnostic de la tuberculose, celui qui est le plus sensible.

Sensible en effet, il l'est au point qu'il nous révèle non pas seulement toute tuberculose latente quoiqu'active, mais encore toute tuberculose complètement guérie et cicatrisée.

Les résultats de cette intradermoréaction sont donc sans importance quand il s'agit d'étudier la morbité à proprement parler.

Passons maintenant à l'étude de la mortalité.

Les statistiques jusqu'ici publiées sont de deux types principaux. Les unes rapportent le nombre des décès de vieillard tuberculeux au nombre des décès par tuberculose quel que soit l'âge ; les autres le rapportent au nombre des vieillards décédés de cause quelconque.

Parmi les premières, celle de Morton (2) à Philadelphie aboutit a une proportion de 7,2 o/o ; celle de Lebert (3) à 4,44 o/o, celle de Launois et Bourgeois (4),

(1) Le Coz. Thèse Paris, 1911.

(2) Morton. Illustration of pulmonary consuption. 2e édit p. 70.

(3) Lebert. Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses 1849, p. 60.

(4) Launois et Bourgeois. Etude sur la mortalité par tuberculose à l'hôpital Tenon. (Revue de la Tuberculose 1904, p, 463).

(à Tenon en 25 ans 1879-1903) accuse 1304 vieillards sur 16224 décès par tuberculose, soit 8 o/o.

A côté de ces statistiques, qui bien qu'édifiantes, ne tiennent pas compte de la rareté du vieillard se placent les suivantes qui se rapportent au chiffre total des vieillards décédés :

Prus, en 1840, attribue à la phtisie un décès de l'âge avancé sur 26 soit 3,8 o/o.

Le Dr Day (1), en 1849, aboutit à des chiffres à peu près analogues. D'après des tables de mortalités portant sur 53.048 vieillards, il en est I.867 soit 3.52 o/o qui sont morts de phtisie pulmonaire.

Geist (2) (1860), à Nuremberg, sur 514 autopsies de vieillards a noté 72 cas de tuberculose pulmonaire soit un sur 7.13, c'est-à-dire environ 14 o/o. Mais si ce chiffre est aussi élevé c'est que Geist fixa à 55 ans la limite inférieure de la vieillesse, et le nombre des tuberculeux compris entre 55 et 65 ans est déjà à lui seul de 25 sur 72 cas.

Moureton rapporte les chiffres de son maître Vulpian qui arrive à une proportion analogue et sur 130 autopsies de vieillards femmes il trouve que 19 ont succombé à la tuberculose, soit une proportion de 1 sur 6,84 soit environ 14 o/o ; ce chiffre n'a d'ailleurs pas une bien grande signification car il ne se base que sur 86 autopsies.

---

1) Day. A practical treatise on diseases of advanced life 1849, p. 120.

(2) Geist. Klinike des Greisen krankeiten. Erlangen 1860.

Une statistique dressée par Barié (1) et portant sur les décès survenus dans 10 grands hôpitaux de Paris, durant une période de 10 ans (1884-1893) accuse 2.202 morts par tuberculose sur un total de 92.141 vieillards soit 2,29 o/o.

Etienne, dont nous avons déjà cité le taux de morbidité, a trouvé dans les statistiques de l'hôpital civil de Nancy 51 décès par tuberculose après 60 ans sur 981, soit une proportion de 5,25 o/o.

Enfin, en 1911, Oppenheim et Le Coz, sur 260 autopsies de vieillards, ont trouvé 193 fois des lésions tuberculeuses indéniables, dont 110 étaient, il est vrai, des formes de guérison, soit 83 tuberculoses encore actives c'est-à-dire 3,14 o/o (2).

En résumé il semble que c'est aux environs de 3 à 5 o/o que l'on peut fixer la proportion des vieillards morts de tuberculose.

Tout récemment M. le Professeur Landouzy, s'en référant à l'Annuaire statistique de la Ville de Paris » (3) de 1910, donnant la mortalité du département de la Seine, relève « que les tuberculoses séniles évidentes n'y sont pas exceptionnelles. En 1910, dans le département de la Seine, on compte au-delà de 60 ans :

---

(1) Barié. – Revue de médecine, 1893, p. 795.

(2) Rappelons aussi que William Fuller, d'après les statistiques du Registrar général, fixé à 3.311 le nombre des décès survenus après 60 ans par tuberculose pulmonaire dans toute l'Angleterre et le Pays de Galles durant l'année 1847. Mais de ce chiffre considérable, nous ne pouvons tirer la proportion qui nous intéresse, car s'il nous dit que ces chiffres correspondent à une proportion de 1.228.061 vieillards, il ne nous dit pas combien sont morts en 1847.

(3) Annuaire statistique de la Ville de Paris, 1910, p. 187.

1211 décès par « tuberculose des poumons ».

9 décès par « tuberculose des méninges ».

97 décès par « autres tuberculoses » (1).

Ces chiffres nous montrent que sur 16.229 sujets morts de tuberculose (2) en 1910 dans le département de la Seine, il en était 1317 âgés de plus de 60 ans, soit 8,11 o/o, et que sur 23.251 vieillards (3) morts la même année dans le même département, 1317 ont succombé à la tuberculose, soit 5,66 o/o.

Dans la même communication à l'Académie, M. le professeur Landouzy nous rappelle les résultats d'une autre enquête qu'il fit à l'hôpital Laennec pour 1912. « Sur une mortalité globale de 887 malades, 475 décès incombent à la tuberculose, soit 53 o/o ; et sur ces 475 morts par tuberculose, 22 sont survenus à 60 ans et au-delà, soit 4,6 o/o. »

« En 1911, sur 292 tuberculeux morts à l'hôpital Laennec, 14 étaient âgés de plus de 60 ans soit 4,7 o/o.

A la Charité en 1910, il est entré 32 vieillards pour affections bacillo-tuberculeuse.

Cette fréquence de la tuberculose senile sur laquelle M. Landouzy avait insisté au cours de sa clinique dont nous avons déjà fait mention, se trouve ainsi confirmée par les chiffres relevés à l'hôpital Laennec et à la Charité, chiffres assez d'accord avec ceux de l'Annuaire de

(1) Voir la déclaration de M. le Professeur Landouzy à l'Académie de Médecine (13 mai 1913), p. 92.

(2) Annuaire statistique de la Ville de Paris, 1910, p. 187.

(3) Id., p. 191.

la ville de Paris, donnant la mortalité du département de la Seine.

L'enquête que M. le Pr Landouzy avait faite, pour 1910, sur la mortalité des vieillards de la Seine par tuberculose, en s'appuyant sur les relevés de l'annuaire statistique de la ville de Paris ne portait que sur une seule année. Nous avons voulu poursuivre cette enquête, et, nous avons étendu ces constatations à une période de dix années. Nous devions voir ainsi quel était durant ce laps de temps, le nombre des décès de vieillards étiquetés « Tuberculose » quelle que soit d'ailleurs l'affection qui avait causé le décès. Et nous avons constaté qu'en dix ans, c'était par le nombre de 8276 pour Paris et de 2304 pour le département de la Seine que se chiffraient les victimes de cette tuberculose sénile, autrefois considérée comme relativement rare, et aujourd'hui encore regardée par beaucoup comme l'exception ! Et puisque le nombre des vieillards décédés est pendant les 10 années considérées à Paris de 149.566, et de 234,538 dans le département de la Seine, c'est dans la proportion de 5,53 o/o à Paris et de 5, 24 dans la Seine que les vieillards sont morts tuberculeux.

TABLEAU des décès causés à Paris, par les diverses affections tuberculeuses, durant une période de dix années (1900-1909) (*pris dans l'Annuaire statistique de la Ville de Paris*).

	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	Totaux en 10 ans
Tuberculose du larynx	»	9	6	15	16	15	10	20	20	16	127
— des poumons	690	776	728	707	748	716	820	822	795	705	7.507
— des méninges	7	4	3	4	3	5	7	12	6	4	55
— abdominale	5	17	13	13	12	21	17	17	14	10	139
Mal de Pott	»	10	9	12	9	8	12	6	13	8	87
Abcès froids et par congestion	»	2	3	2	3	8	1	6	4	1	30
Tumeurs blanches	»	5	8	5	4	3	5	5	2	3	40
Tuberculose d'autres organes	25	6	5	18	7	8	13	15	7	15	119
Tuberculose généralisée	77	15	7	11	4	5	7	12	11	13	162
Total	804	844	782	787	806	789	892	925	872	775	8.276
Total des décès de toute cause après 60 ans à Paris	14.927	14.587	14.306	14.141	14.915	14.872	14.755	16.064	15.076	15.923	149.566

DÉCÈS par tuberculose dans le DÉPARTEMENT DE LA SEINE

(D'après l'Annuaire statistique de la Ville de Paris).

	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	En 10 ans
Par tuberculose pulmonaire.	999	1.110	1.076	1.021	1.080	1.075	1.106	1.207	1.192	1.131	10.997
Tuberculose des méninges...	12	9	11	12	10	16	14	16	8	8	110
Autres tuberculoses	166	115	111	125	100	104	120	122	117	111	1.191
Total.....	1.177	1.234	1.198	1.158	1.190	1.195	1.240	1.345	1.317	1.250	12.304
Décès de toute cause après 60 ans de la Seine.....	22.842	22.277	22.171	22.137	23.148	23.417	23.541	25.558	24.114	25.333	234.538
Bronchite chronique.....	1.192	1.171	935	866	1.065	963	868	1.055	941	964	10.020

Soit en dix ans 5,24 pour 100 vieillards sont morts de tuberculose.

Ces chiffres sont édifiants par eux-mêmes. Ils le seraient peut-être encore plus, si nous voulions jeter un coup d'œil sur la nosographie mise en usage dans l'Annuaire de la Ville de Paris. Car, comme M. le Pr Landouzy a coutume de le répéter, le diagnostic qu'il est surtout intéressant de considérer, n'est pas tant celui de l'affection que celui de la maladie elle-même. Et ce qui nous importe avant tout c'est de connaître quelle est l'étiologie de la lésion plutôt que de savoir quel organe fut victime du processus morbide.

Et si nous nous en tenons aux simples décès survenus par « bronchite chronique », nous constatons que 10.020 vieillards moururent de cette affection dans le département de la Seine, durant la période que nous avons considérée.

Or sur ces 10.020 bronchites chroniques combien faudrait-il en retenir au compte de la bacillo-tuberculose ?

Les erreurs de diagnostic sont fréquentes et d'éminents cliniciens s'y sont trompés quand, comme il arrive souvent, nous l'avons vu, les signes généraux font défaut et quand les signes physiques sont masqués par de vagues symptômes de congestion ou d'emphysème. Pour montrer la facilité de ces erreurs nous ne pourrions mieux faire que de signaler quelques-unes de celles qui ont été faites et résumées par des maîtres.

Durand Fardel (1) rapporte l'observation d'une

(1) Durand Fardel. Traité clinique et pratique des maladies des vieillards, p. 621.

femme de 63 ans que l'on crut atteinte de broncho-pneumonie et que plus tard seulement on reconnut être tuberculeuse. Il la résume ainsi « *Phtisie pulmonaire, prise passagèrement pour une pneumonie.* Caverne et tubercules ramollis. Induration grise du poumon. Ulcérations intestinales ».

L'observation suivante est un exemple de difficulté de diagnostic et d'hésitations auxquelles donnèrent lieu une femme d'abord considérée comme une nerveuse, puis comme une pleurétique, et enfin seulement comme une pulmonaire tuberculeuse.

OBSERVATION V Peter (1)

Dans l'hiver 1874, une dame de soixante deux ans, que je connais depuis 1867, et à laquelle je n'avais eu à donner des conseils que pour d'insignifiants malaises, s'est tuberculisée dans les circonstances que je vais vous dire :

Cette dame, ancienne cliente de Trousseau, est une arthritique et une nerveuse : elle a depuis près de cinquante ans une chorée du larynx qui la fait tout-à-coup aboyer bruyamment, ainsi qu'une chorée des membres supérieurs et inférieurs droits, qui la fait gesticuler et glisser en avant en même temps qu'elle aboie ; elle a, depuis près de quarante ans des névralgies faciales ou intercostales dont le sulfate de quinine a facilement raison ; elle a, d'autre part, un peu de gravelle urique, et, de par celle-ci, de temps à autre, de légères coli-

(1) Peter. Cliniques 1882. Tome II p. 123.

ques néphrétiques ; enfin, deux de ses doigts sont un peu déformés par les concrétions tophacées de la goutte.

Dans ces conditions, cette dame, eut, pendant l'hiver de 1873, un « rhume » remarquable, non moins par l'intensité et la fréquence des quintes de la toux, que par l'acuité et la persistance des points de côté. Mais ces caractères de la toux et de la douleur me semblaient s'expliquer par la nature nerveuse et facilement névralgisante de la dame ; je ne voyais donc là qu'une légère manifestation catarrhale avec pleurodynie ; le tout chez une goutteuse.

Dans le cours de l'hiver 1874, le 4 février, nouveau rhume tenace, qui dure tout le mois ; cette fois avec pleurésie sèche à gauche, mais sans que j'aie pu, cette année là encore, et les cherchant avec soin, trouver aucun signe de tuberculisation. Cependant, depuis les premières atteintes du côté des voies respiratoires, en 1873, la dame a maigri et pâli sensiblement, et sa respiration est devenue moins ample.

Un an plus tard, en 1875, encore au mois de février, rhume, toux quinteuse, points de côté, fièvre légère, et enfin derrière les frottements d'une pleurésie sèche, très circonscrite au tiers supérieur gauche du thorax, pluie de craquements humides très fins dans toute la fosse sus-épineuse de ce côté. Cette fois la malade rejetait des crachats caractéristiques, non point rouillés comme dans la pneumonie, mais teints de sang, ou nettement sanglants comme dans la tuberculisation pulmonaire. Les manifestations aigues persistèrent deux mois ; il fallut recourir à l'application de six vésicatoires consécutifs et à l'administration de petites doses de Kermès.

Enfin la malade put se lever ; puis, un mois plus tard, nouvelle manifestation aiguë qui dure tout le mois de mai, amélioration par la reprise du même traitement, mais la toux

n'a pas cessé depuis lors : petite toux provoquant le rejet, chaque jour, de quatre ou cinq crachats jaunes ou verdâtres. Quand à la lésion thoracique, désormais trop évidente, elle se reconnaît à la persistance des craquements humides dans le quart supérieur de la région capulaire gauche. La malade sent d'ailleurs qu'il y a là « quelque chose » qui n'a pas disparu.

Eh bien, cette dame, qui passe toute la belle saison au bord de la mer, ne s'y est pas une seule fois enrhumée pendant les trois mois qu'elle y a résidé, de juillet à octobre. Elle en est revenue un peu engraissée, mais avec des craquements humides et de la toux. Elle est bien désormais tuberculeuse ; seulement vous remarquerez, je vous prie, la lenteur et la bénignité relatives de cette tuberculisation de sénile et de diathésique, dont les premières manifestations réactionnelles datent de trois ans déjà, et dont les indices matériels ne se sont révélés à une investigation attentive et soupçonneuse que depuis un an, pour n'en être encore, au bout d'une année, que ce que je les ai trouvés être le jour où je les ai entendus pour la première fois : c'est-à-dire qu'en un an la lésion est à peu près restée la même, attendant de l'hiver une occasion nouvelle de progresser davantage.

De même Barth a publié une observation que nous avons reproduite (p. 25) et où le diagnostic de catarrhe pulmonaire paraissait évident. Quelques doutes émis sur la possibilité d'une tuberculose avaient été rejetés, et c'est seulement à l'autopsie qu'on découvre, accompagnées d'emphysème et de dilatations bronchiques, des lésions en voie de ramollissement ainsi que des granulations grises.

Voici encore deux observations de Courmont et Revol (1) bien caractéristiques. Le serodiagnostic avait révélé pendant la vie des lésions tuberculeuses tout à fait latentes, paraissant éteintes à l'autopsie et renfermant cependant des tubercules en activité ainsi que des bacilles pathogènes :

OBSERVATION VI (P. Courmont et Revol)

Gir...., 55 ans, chiffonnier. Emphysème, hypertrophie du cœur avec grosse dilatation du cœur droit. Cyanose intense et persistante pendant tout le séjour du malade (un mois, décembre 1903). OEdèmes périphériques très accusés. Albuminurie. Dysurie. Hypertension.

L'examen minutieux des poumons n'indique qu'un peu de submatité au sommet droit avec rétraction légère du creux sus-claviculaire. Pas de foyer de râles ou de craquements. Pas de bronchophonie. Respiration obscure d'emphysème généralisé.

On hésite entre les deux diagnostics suivants au point de vue cardio-pulmonaire. Adhérences pleurales généralisées avec emphysème et dilatation du cœur droit et amenant de la cyanose, ou bien : maladie bleue tardive.

Autopsie. — Gros cœur hypertrophié et dilaté. Gros rein rouge. Poumons : adhérences pleurales multiples avec symphyse presque totale d'un poumon ; dans l'intérieur de ce-

(1) Courmont et Revol. — *Bulletin de la Société médicale de Lyon*, 1904, p. 137.

lui-ci petits noyaux crétacés, de la grosseur d'un grain de blé, durs comme de la pierre ; pas de tubercule en évolution, rien au sommet. Quelques ganglions trachéobronchiques, noirs, sans tubercules ni caséeux à la coupe. Pas de tuberculose des autres organes.

OBSERVATION VII (P. Courmont et Revol)

Viger, 67 ans, cuisinier. Il s'agit d'un vieillard soigné pendant deux mois pour un syndrome cardio-rénal, albumine œdème, souffle systolique variable de la pointe. L'examen minutieux des poumons ne révèle rien aux sommets et rien qu'un peu de congestion passive d'une base. Cachexie progressive.

Autopsie. — Petit rein granuleux. Traces d'ancienne endocardite centrale sans insuffisance ni rétrécissement. Poumons : coque fibreuse très épaisse entourant le poumon droit, mais sans aucune lésion tuberculeuse ou autre du parenchyme ni du sommet. Au sommet gauche : petit module gros comme une noisette, constitué par du tissu fibreux, noirâtre, retracté, dur à la coupe et ne montrant pas de tubercules visibles ni de caséum. Ces lésions nous paraissent complètement éteintes. Pas de lésions tuberculeuses des autres organes ».

Et les auteurs ajoutent : Ces 2 cas ne présentaient donc rien ni pendant la vie, ni à l'autopsie qui dut faire admettre de la tuberculose encore active. Le sero-diagnostic (que nous faisons systématiquement chez tous nos malades hospitalisés) ayant été positif chez tous deux pendant la vie nous avons

voulu nous assurer à l'autopsie de la virulence et de la nature des lésions.

Nous avons fait: 1° l'examen microscopique de la petite masse du sommet de la seconde observation; 2° l'inoculation au cobaye de la même lésion et des ganglions trachéo-bronchiques de la première observation.

Les résultats ont été des plus probants. »

Ces observations montrent que si on examinait tous les catarrheux, bronchiteux chroniques, asthmatiques, emphysémateux par toutes les techniques, combien de ces examens donneraient la démonstration de l'étiologie vraie de ces affections respiratoires.

Très souvent aussi, il faut bien le reconnaître, la tuberculose du vieillard n'est même pas soupçonnée ni par quelques symptômes pulmonaires, comme dans les observations de Barth, de Durand Fardel et de Peter ni par le sérodiagnostic ou quelqu'autre procédé analogue. Et c'est à quelque chose de tout différent que succombe le vieillard, par exemple à un ramollissement cérébral ou à une entérite ; les lésions tuberculeuses constituent alors de véritables trouvailles d'autopsie. Car, il ne faut pas l'oublier, le vieillard ne se plaint guère de la tuberculose ; il n'en meurt que rarement et c'est souvent à une autre maladie qu'il succombe à l'hôpital, d'où la relative rareté dans les salles de médecine du vieillard étiqueté *Tuberculeux*.

Voici deux exemples de ces cas. Ils sont empruntés à Durand Fardel, et eux non plus, ils ne rentreraient

pas dans les statistiques de la ville de Paris, échappant ainsi aux chiffres que nous avons indiqués.

OBSERVATION VIII (Durand Fardel)

« Nous avons trouvé *quelques tubercules miliaires* dans les lobes supérieurs des poumons d'une femme de 73 ans, *morte de ramollissement cérébral*. Cette femme était gaie, active, bien portante, lorsque deux mois avant sa mort, les accidents du ramollissement cérébral avaient débuté. Pendant deux mois qu'elle s'était trouvée soumise à notre observation, on n'avait remarqué ni toux, ni dypsnée qui parussent de nature à faire soupçonner quelque altération des organes thoraciques. Enfin, elle avait succombé aux progrès de l'affection cérébrale, sans complication pulmonaire ».

OBSERVATION IX (Durand Fardel)

« Une femme âgée de 64 ans mourut sous nos yeux avec des *symptômes d'entérite*. *On n'avait jamais noté chez elle de symptômes du côté des organes thoraciques*. On trouva dans les poumons des *tubercules* en assez grand nombre. Le poumon droit possédait des adhérences anciennes et générales. Le tissu de cet organe, d'apparence sain, à part un certain degré d'engouement était parsemé de tubercules sous forme de petits corps arrondis d'un blanc grisâtre, demi-transparents, du volume de grains de chènevis. Ces petits corps, à peu près également distribués dans les différentes parties du poumon, se présentaient partout avec les mêmes conditions de volume, de consistance et de structure ; un grand nombre situés à la superficie du poumon, soulevaient légèrement

la plèvre. Le poumon gauche présentait exactement les mêmes altérations, mais aucune adhérence. »

Voici un autre exemple :

OBSERVATION X (Vulpian, d'après Moureton)

H..., âgée de 67 ans. Cette malade a eu, il y a 3 ans, une hémiplégie du côté gauche, sans perte de connaissance. Cette paralysie avait beaucoup augmenté depuis huit mois ; elle ne pouvait plus se lever, se servir de son bras gauche ; elle était devenue gâteuse. L'intelligence était très diminuée. On l'amène à l'infirmerie le 3 mars, parce qu'on trouve dans son dortoir qu'elle s'affaiblit.

A son entrée, la malade est très affaiblie, se plaint beaucoup de l'estomac, elle n'avale qu'avec difficulté.

Morte le 31 mars dans un état d'affaiblissement extrême. *A l'autopsie*, outre les lésions cérébrales, on trouve un *assez grand nombre de tubercules* gros comme des grains de chenevis disséminés ; quelques rares *cavernules* non au sommet, quelques points de pneumonie fibreuse. Plusieurs des tubercules sont sous-pleuraux, nulle part ils n'ont encore subi la transformation caséeuse même partielle. Les ganglions bronchiques gros, noirâtres, comme desséchés, ne contiennent pas de tubercules. Plusieurs granulations grises dans le foie, surtout à la surface.

Pas de tubercules dans d'autres organes.

Cette observation nous montre une femme dont

l'affection cérébrale chronique avait été soignée, mais dont la tuberculose était passée inaperçue.

Tout récemment encore, au mois de mai dernier nous avons pu observer dans le service de M. le Professeur Landouzy, à Laennec, un homme de plus de 60 ans, ans, entré à l'hôpital avec un léger épanchement pleural.

Après une ponction exploratrice, on lui fit une ponction évacuatrice de 1500 gr. Cette ponction ne fut pas complète, car, durant l'opération le malade fut pris de toux.

A partir de ce moment, l'état général s'abaissa, sans signes stethoscopiques, et devint de plus en plus mauvais, s'accompagnant de délire.

L'épanchement se reforma, et une nouvelle ponction pratiquée une quinzaine de jours après la première, ramena environ un litre de pus.

Ce jour là, le malade mourut à 7 heures du soir.

A l'*autopsie*, les poumons ne présentèrent que quelques tubercules crétacés, n'évoluant plus.

Sur toute la séreuse intestinale, principalement au niveau du gros intestin, il se trouvait de nombreuses granulations ; de multiples adhérences unissaient le péritoine à la paroi surtout au niveau du colon transverse.

Le foie, de couleur pâle, présentait une dégénérescence amyloïde marquée. Il en était de même pour les reins. Dans la cavité pleurale droite il restait du pus. A gauche quelques rares adhérences.

Pour terminer cette première partie, nous dirons

donc en matière de conclusion que la tuberculose sénile, souvent considérée comme rare, est fréquente, les chiffres nous l'ont montré. Nous dirons aussi qu'elle nous apparaîtrait vraisemblablement comme plus fréquente encore s'il était possible d'éviter les nombreuses fuites qu'on dépiste dans les plus sérieuses des statistiques.

SECONDE PARTIE

Le Danger de la Tuberculose sénile pour la Société

La première partie de cette étude nous a amené à cette conclusion, justifiée par différentes statistiques que la tuberculose du vieillard est commune. Il nous reste à examiner maintenant si cette maladie fréquente présente encore, quand elle frappe un sujet d'âge avancé, un danger pour l'entourage immédiat du sujet et par là même pour la Société toute entière. En un mot il nous reste à examiner si la tuberculose du vieillard est elle aussi comme celle de l'adulte une tuberculose contagieuse. Ce problème fera l'objet de cette seconde partie.

Rappelons d'abord que souvent c'est une tuberculose ouverte que présente le sujet âgé, car, s'il est vrai que la maladie atteint rarement, chez le vieillard, la forme de phtisie, c'est-à-dire la forme de consomption, il est également vrai qu'elle en arrive souvent au stade qui précède immédiatement celui de la phtisie, au stade de la caverne. A cette période, nous le savons, l'orga-

nisme, par une réaction de défense, oppose à l'envahissement des formations fibreuses et des adhérences de protection ; c'est l'âge où la bacillose, dont le début est souvent lointain, a eu le temps de faire son nid au sein des tissus et de gagner de l'avant jusqu'au point où elle rencontre de véritables barrières l'arrêtant dans sa marche progressive. La lésion a, pour ainsi dire eu le temps de mûrir ; et, après avoir d'abord congestionné les tissus, pour les transformer en tubercules et en caséum, les bacilles ont pu s'ouvrir une large porte de sortie vers les voies aériennes.

Dans les observations que nous avons déjà reproduites, nous avons pu remarquer à différentes reprises que l'autopsie et quelquefois la clinique relevait une ou plusieurs cavernes masquées dans le tissu pulmonaire.

L'observation de Peter (v. p. 29) nous présentait un général dont la respiration, sous la clavicule gauche, était caverneuse et s'accompagnait d'un bruit de gargouillement.

Quelques cavernules existaient également dans le poumon de cette femme de 67 ans dont Vulpian a rapporté l'autopsie (v. p. 55).

Nous citerons encore quelques observations de tuberculose caverneuse chez des vieillards et tout d'abord deux cas s'accompagnant d'hémoptysies, l'un de Quesne, l'autre de Durand Fardel.

OBSERVATION XI (Quesne) (1)

Une femme de 80 ans meurt subitement en rendant par la bouche une *grande quantité de sang*.

Autopsie. — Les vaisseaux de la pie-mère et les sinus sont gorgés de sang. La cavité de l'arachnoïde contient beaucoup de sérosité colorée en rouge par une assez grande quantité de sang. Le cerveau est sain.

On trouve dans la plèvre gauche quelques onces de sang ; le poumon du même côté offre une couleur livide, il adhère par son sommet à la plèvre costale, on y trouve une *caverne du volume d'une grosse noix* communiquant avec un tuyau bronchique et avec la cavité pleurale par une déchirure située à la partie inférieure.

Tubercules miliaires en grand nombre dans le tissu pulmonaire qui l'avoisine ainsi que dans les autres parties des deux poumons.

Sa substance pulmonaire est en outre infiltrée de sang coagulé ; elle se déchire avec facilité ; les bronches contiennent une écume sanglante.

Le cœur est légèrement hypertrophié ; l'aorte présente quelques plaques osseuses.

L'estomac renferme un peu de sang mêlé à des haricots non digérés ; la muqueuse est irrégulièrement colorée en rouge que le lavage enlève complètement, elle a sa consistance normale.

---

(1) Quesne. — Bulletin de la Société anatomique, 1829.

OBSERVATION XII (Durand Fardel 1)

Hémoptysie considérable suivie des signes d'une phtisie à marche aiguë. Mort trois mois après. Tubercules nombreux et petites cavernes.

Une femme, âgée de 75 ans, assure se bien porter et n'avoir jamais craché de sang. Il paraît cependant qu'elle tousse habituellemet et éprouve quelquefois de la dyspnée, bien qu'elle ne s'en soit pas plainte et n'en ait pas changé son genre de vie.

Le 3 octobre, elle fut prise d'une *hémoptysie énorme* : elle remplit dans la matinée un vase de nuit presque entier de sang noirâtre et spumeux. Quelques heures après elle avait la face un peu colorée, se trouvait prise à chaque instant de frissons, ne se plaignait pas du reste, et disait n'être pas malade ; la respiration était un peu gênée, la chaleur de la peau normale, le pouls offrait peu de force et de fréquence.

On trouva que la sonorité de la poitrine, bonne à droite, était moindre à gauche, au sommet et en arrière surtout, sans matité de absolue ; la respiration était légèrement bronchique et la voix résonnante au sommet gauche ; au-dessous, à la partie moyenne, on entendait un râle sous crépitant assez abondant ; un peu de râle muqueux à droite. Une saignée fut pratiquée.

Le malade rendit encore pendant trois jours, un verre de sang noirâtre, puis rutilant, par jour. La fièvre et l'oppression augmentèrent (sangsues à l'anus ; ratanhia). La fièvre cessa, mais le malade tomba dans un grand affaissement. Les

1 Durand Fardel. Traité clinique et pratique des maladies du vieillard 1854, p. 626.

crachats redevinrent muqueux, abondants, épais, accompagnés d'un liquide clair et séreux, quelques-uns violacés. De la crépitation humide, avec souffle et résonnance de la voix plus prononcés, occupaient toujours le sommet du poumon gauche. Du râle sous crépitant apparut à droite. Un devoiement abondant survint, et le malade mourut le 4 janvier, trois mois après son hémoptysie, après avoir passé plus d'un mois dans un état extrême de prostration.

On trouve le sommet gauche occupé par des tubercules ramollis et nombreux, avec de *petites cavernules* paraissant de formation récente. Des tubercules en moins grand nombre se trouvaient dans le lobe supérieur du poumon droit. Une infiltration sanguine partielle d'apparence récente existait à la partie extérieure du poumon gauche, Enfin les deux poumons étaient généralement engoués, offrant ça et là des points friables de pneumonie. Point de rougeur ni aucune altération dans les bronches ».

De Durand Fardel, voici encore deux observations où l'autopsie révéla des cavernes :

OBSERVATION XIII (Durand Fordet) (*Résumé*)

Femme de 63 ans. Entrée à la Salpétrière en janvier 1839. Grande maigreur. Douleur dans le côté gauche de la poitrine. Pas de fièvre. Un peu de toux sèche. L'auscultation et la percussion ne révèlent rien d'anormal. Le point de côté est traité par des sinapismes, des sangsues et des vésicatoires. Continue à maigrir et à s'affaiblir.

Le 16 février, semble plus souffrante. Matité sous la clavicule gauche avec souffle fort et bronchophonie. Point de râles. Respiration faible en arrière. Pouls fréquent mais peu développé. Pas de douleurs au côté, pas d'oppression. On croit à une pneumonie au début.

Le 23 février, *le souffle prend un caractère caverneux*. Pectoriloquie. Parfois des *gargouillements*.

La maigreur s'accentue. Teint terne, pas de sueurs nocturnes. Fièvre revenant irrégulièrement le soir. Grande faiblesse de la circulation. L'expectoration avait toujours été nulle d'où diagnostic de pneumonie douteuse. On pense à une dilatation bronchique.

Le 24, fièvre très forte. Râles fins mêlés aux râles caverneux. Diarrhée puis évacuations alvines involontaires. Adynamie profonde, sans toux, ni crachats, ni douleurs.

Mort le 10 mars.

A l'autopsie, adhérences générales et très serrées des poumons. Plèvre épaissie. Lobe supérieur gauche présente *3 cavernes de grosseur d'une amande*. A l'entour, induration du tissu. Coloration ardoisée avec tâches blanches ou grisâtres. Bronches très blanches et d'apparence bien saine. Plusieurs rameaux viennent s'ouvrir dans les cavernes.

Cœur petit. Parois intestinales minces. Rate très ferme. Reins pâles. Foie normal.

OBSERVATION XIV (résumée)

Durand Fardel

Blanchisseuse de 60 ans. Perte de l'œil gauche à la suite de contusion il y a 9 ans. Entre pour opacité incomplète de

la cornée droite. Constitution autrefois robuste. Toux depuis 2 ans. Rhume il y a 8 mois. Depuis, toux et dyspnée progressent.

A l'entrée, face altérée, respiration gênée. Sonorité en arrière. Sousclavicule droite, matité complète. Crachats muqueux, blancs, assez abondants. Mouvement fébrile.

Tous les symptômes augmentent de gravité. Mort le 8 septembre.

Autopsie. — Poumons adhérents. Pas de liquide dans les plèvres. Au sommet droit *une caverne capable de loger un œuf* et dont la paroi antérieure, assez mince, demeurait attachée à la paroi thoracique par d'anciennes adhérences. Le sommet des 2 poumons était farci de tubercules. En outre *2 petites cavernes dans la partie la plus profonde du poumon gauche.*

Ces quelques observations de Boinet présentaient aussi des cavernes :

OBSERVATION XV (Boinet)

C. . . Jules, 62 ans, catarrheux aux doigts hippocratiques, succombe lentement aux progrès de la cachexie tuberculeuse. Le poumon gauche recouvert d'une plèvre fibreuse très épaissie, adhère à la paroi thoracique et au péricarde ; il présente, à son sommet, *une caverne du volume d'une mandarine*, entourée d'une zone de tubercules jeunes. Les bronches épaissies, dures, non dilatées, ont sur leur muqueuse une forte

couche de mucosités purulentes. Au-dessous de la caverne se trouve des amas de noyaux caséeux jaune grisâtre, non ramollis, parsemés de points noirs anthracosiques. Un de ces blocs caséeux est triangulaire ; sa base confine scissure, il a 4 centimètres de largeur sur 3 de hauteur. On voit dans le lobe inférieur, qui est très congestionné, des tubercules jeunes disséminés, une caverne grosse comme une noisette et un bloc de tubercules caséeux conglomérés, mesurant 7 c. de hauteur sur 5 de largeur. Le poumon droit est atteint de tuberculose fibreuse des vieillards. Il est très adhérent à la paroi thoracique et recouvert d'une plèvre fortement épaisse. Son sommet est le siège d'une sclérose intense le transformant en une masse dure, résistante, fibreuse qui présente sur la coupe, d'abondants tractus scléreux circonscrivant les bronches remplies de pus et de petits tubercules non ramollis, sans cavernes. Le lobe inférieur est parsemé de tubercules jeunes, disséminés dans un tissu fibreux. L'orifice tricuspidien est dilaté. Le foie a un aspect muscadé avec dégénérescence graisseuse. Les reins sont rétractés et graisseux. Les capsules normales sont scléreuses, petites.

OBSERVATION XVI (Boinet)

R... Marie, 62 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans un état de misère physiologique considérable et avec des *signes cavitaires* de tuberculose à la 3e période.

A l'autopsie, on trouve au sommet du poumon gauche, une *caverne grosse comme une noix* ; elle est recouverte d'un épaississement pleural fibreux très épais ; elle est entourée de

quelques cavernules et de tractus fibreux engainant de petits tubercules anciens colorifiés et quelques cavernes. La partie supérieure du lobe inférieur est infiltrée de petits tubercules non ramollis, de formation plus récente. Le poumon droit est entouré d'adhérences fibreuses considérables dans toute sa hauteur ; elles sont plus accusées au sommet et sur les côtés de la cage thoracique ; elles sont très marquées au niveau du diaphragme ; son lobe supérieur est le siège des lésions classiques de la phtisie fibreuse avec abondants tractus scléreux entourant de petits tubercules non ramollis. Ces lésions existent aussi, mais à un degré moins avancé, dans les deux lobes inférieurs. Le foie et les reins sont atteints de dégénérescence graisseuse ; l'aorte est athéromateuse. Enfin on note, comme dans le cas précédent, une dilatation de l'orifice tricuspidien, lésion assez fréquente dans la tuberculose fibreuse.

OBSERVATION XVII (Boinet)

H... Pierre, 65 ans, meurt de tuberculose cavitaire. Dans la moitié supérieure du poumon gauche, *on trouve une série de cavernes* entourées de tractus fibreux et de tubercules miliaires. Il existe des tubercules en voie de ramollissement à la base. Le poumon droit présente, au niveau de son lobe supérieur, une caverne du volume d'une mandarine et une infiltration de tubercules miliaires. Son lobe inférieur est infiltré en masse par des tuberculeuses jeunes. L'orifice tricuspide est dilaté. Le foie est atrophié, graisseux.

OBSERVATION XVIII (Boinet)

G... Honoré, 68 ans, présente à l'autopsie *une caverne du volume d'une mandarine* au sommet du poumon droit et des tubercules caséifiés dans la moitié supérieure de cet organe. Le lobe supérieur du poumon gauche est le siège de tubercules caséeux et de cavernes. Atherome aortique, plaques laiteuses pericardiques sur la paroi antérieure du ventricule droit. Insuffisance tricuspidienne. Foie retracté, petit, graisseux et présentant, à la coupe, un aspect muscade. Reins sclerosés.

OBRSERVATION XIX (Boinet)

B... François, 69 ans, meurt de cachexie, et, à l'autopsie on trouve un cancer de l'estomac et *quatre cavernes* tuberculeuses, grosses comme des noisettes au sommet du poumon droit.

OBSERVATION XX (Moureton)

« B. (Joséphine), âgée de 80 ans entre à l'infirmerie le 9 avril 1862 ; elle avait déjà vomi du sang deux ou trois jours avant son entrée ; elle avait en même temps de la diarrhée, de la toux. Le 14 avril elle eut une hemoptysie abondante ; le 15

avril, au matin, nouvelle hemoptysie promptement suivie de mort.

Autopsie. — Poumon droit. — Le lobe supérieur est criblé de cavernes, il y en a de petites et de très grandes traversées par des cloisons incomplètes. Les parois, les cordages allant d'une paroi à l'autre, sont d'une teinte gris noirâtre; il n'y a pas de véritables tubercules dans les parois, mais on trouve dans ces parois une concrétion ossiforme, jaunâtre et irrégulière.

Au-dessus de la portion du poumon criblé de cavernes, il y a un noyau d'infiltration grise, Dans le lobe moyen on en rencontre deux ou trois de la grosseur d'une noix atteignant la surface. Quelques-uns sont plus petits dans le lobe inférieur.

Poumon gauche. — Tout à fait à sa partie supérieure, le lobe supérieur est indemne; tissu blanchâtre, fibreux à la surface, et, intérieurement, il y a une *caverne* revenue sur elle-même, à parois dures, noirâtres ; dans le reste du poumon, on trouve deux ou trois noyaux d'infiltration grise et quelques granulations grises ; on en trouve également quelques-uns sous les plèvres dans les ganglions.

A la surface de l'intestin on trouve deux granulations grises, et, à l'intérieur une cicatrice probablement d'une ulcération tuberculeuse. »

OBSERVATION XXI (Barié)

Le nommé L... Alph., âgé de 62 ans, entre à la salle Lorain, n° 6. Pas d'antécédents morbides héréditaires ; lui-même n'a eu qu'une pleurésie il y a dix ans ; s'enrhume assez

facilement, mais ne s'est jamais arrêté à cause de la toux ; jamais d'hémoptysie. Depuis un an a beaucoup maigri, et présente à son entrée des signes de cachexie profonde. Perte totale d'appétit, dégoût de la viande et du pain, crises de gastralgie, mais jamais de vomissements. Ne tousse pas, ne crache point. Pas de fièvre. Urines normales. Rien au cœur. On note à l'auscultation du poumon, une grande faiblesse des bruits respiratoires ; peu de sonorité. Rien à noter du côté des viscères. Le malade s'éteint lentement dans la cachexie et meurt au bout de trois semaines de séjour.

A *l'autopsie*, on constate aux sommets des deux poumons une douzaine de petites cavernes presque vides ; au sommet gauche on trouve en outre *une énorme excavation pouvant loger un marron*. Dans le reste de l'étendue des poumons, on trouve de nombreuses granulations, dont plusieurs sont ramollies. Epaississement notable des plèvres, aux sommets, en avant et en arrière. Estomac dilaté, pas de lésions anatomiques, foie et intestin normaux.

Plaque d'athérome aortique ; cœur sain mais petit, ne pèse que 240 grammes.

OBSERVATION XXII (Charcot, in the Moureton)

Une petite vieille de 85 ans est hospitalisée à la Salpétrière depuis douze ans ; elle a eu un érysipèle à la jambe et un autre à la face. Très affaiblie, elle présente de l'œdème des membres inférieurs depuis quatre à cinq jours, et s'éteint douze jours après son entrée, sans autres symptômes.

A *l'autopsie* on trouve de la surcharge graisseuse du cœur.

Poumon gauche : on note deux ou trois points d'hépatisation lobulaire grise au sommet, et quelques granulations grises sous la plèvre ; poumon droit : il existe une *caverne du volume d'un pois*, pleine de pus, il existe des adhérences pleurales et des granulations séreuses transparentes sous-pleurales. Le sommet est dur et bosselé. A la coupe le tissu est ferme, de couleur ardoisée, avec des tractus fibreux et des granulations grises.

. Mais, pourrait-on dire, il n'est nullement surprenant de trouver chez le vieillard une ou plusieurs lacunes dans le parenchyme pulmonaire. Ces lacunes sont fréquentes chez l'adulte pourquoi ne persisteraient elles pas dans l'âge avancé. Et dans ces conditions la paroi en est plus ou moins cicatrisée, et surtout ces spelonques ne sont plus habitées : les bacilles en sont absents.

A cet argument il est aisé de répondre et des faits d'observations s'en chargent suffisamment. Car l'expérience montre que dans un grand nombre de ces lésions, dans les lésions dites actives, l'examen microscopique ne revèle nulle trace de tissu cicatriciel, mais par contre permet de constater que les bacilles existent chez le vieillard. « Quant aux masses caséeuses, enkystées, dit Rauzier (1), qu'elles soient contenues dans des cavernes cicatrisées ou entourées d'une coque inflammatoire formée aux dépens du parenchyme pulmonaire irrité,

(1) Rauzier. — Traité des maladies des vieillards. 1909. p. 416.

toutes contiennent le bacille virulent et par conséquent capable de susciter par effraction une infection nouvelle. Le processus n'est donc, dans ce dernier cas, éteint qu'en apparence et la guérison n'est point réelle ; le germe n'est point détruit, mais simplement « muselé ».

Et cette présence des bacilles dans les crachats des vieux tuberculeux est si réelle que la recherche en est devenue pour certains un moyen de déceler la maladie encore active dans les cas, et nous savons s'ils sont nombreux, où l'examen clinique le plus approfondi, ne permet pas de déceler les lésions existantes, ou tout au moins quand il persiste quelque doute dans l'esprit de l'observateur. Bien souvent, c'est cet examen microscopique qui a permis de faire une véritable tuberculose d'une affection jusqu'alors diagnostiquée bronchite chronique, emphysème, catarrhe pulmonaire, etc., etc...

Barié et Rauzier qui ont recherché systématiquement le bacille dans les lésions des vieillards tuberculeux, estiment qu'on l'y rencontre dans les 4/5 des cas.

Hâtons-nous de dire que si, positif, le résultat a une valeur sans conteste, il n'en est pas de même d'un résultat négatif. Car alors il est fort possible que l'expérimentateur se trouve en présence d'un foyer infectieux enclavé dans quelque formation fibreuse, pour ainsi dire inoffensif mais toujours susceptible un jour ou l'autre de s'ouvrir à l'extérieur et de devenir alors une source de contage familial.

L'affirmation s'illustrant toujours de façon bien vivante par la clinique, nous allons reproduire quelques

observations où la recherche des bacilles, s'est montrée positive. Ce seront aussi souvent des exemples de longueur d'évolution, de difficulté de diagnostic et de présence de cavernes ou de cavernules.

OBSERVATION XXIII (Barié)

Deb..., cartonnière, âgée de 68 ans, tousse depuis 2 ans et est sujette à des accès d'oppression. Pas de tuberculose héréditaire, pas de maladies antérieures, sauf la variole dans l'enfance. La malade a fait autrefois quelques excès alcooliques, est tombée dans la misère depuis cinq ans environ, souvent sans travail ou ne gagnant quand elle est occupée, que cinquante à soixante quinze centimes par jour. Elle manque souvent de nourriture et couche dans les asiles de nuit. Depuis 2 ans environ elle tousse et maigrit ; ne s'est jamais soignée. Jamais d'hémoptysie. Tousse beaucoup, *expectoration muco-purulente nummulaire, renferme des bacilles de Koch.* Matité en avant et en arrière au sommet droit, avec bruit de pot fêlé sous claviculaire. Souffle caverneux avec gargouillement sous la clavicule, en arrière, râles sous crépitants, discrets en arrière au sommet ; frottements pleuraux paroi axillaire droite. Pas de fièvre, pas d'albumine, anorexie. Cœur normal ; on perçoit une accentuation diastolique très nette au niveau de l'aorte ; de temps à autre, il existe un redoublement physiologique, non permanent du deuxième bruit.

OBSERVATION XXIV (Barié)

La veuve Bour..., âgée de soixante-quatorze ans ne présente aucun antécédent héréditaire de tuberculose. Bonne santé antérieure jusqu'à l'âge de cinquante-neuf ans, où elle est prise d'hémoptysie pour la première fois. Celle-ci ne s'est renouvelée qu'à l'âge de soixante-quatorze ans, il y a trois mois, mais avec une certaine abondance. La malade tousse peu et expectore seulement *quelques crachats* purulents nummulaires formant une sorte de purée, *ils renferment des bacilles*. L'état général n'est pas mauvais. Pas de fièvre. En arrière, à droite, on trouve de la matité, des râles caverneux et de la respiration rude, presque soufflante ; en avant les signes sont les mêmes mais beaucoup plus accentués, ici c'est du souffle véritable. Le poumon gauche ne montre qu'un peu de rudesse au sommet.

OBSERVATION XXV (Barié)

Chass..., 74 ans, a perdu une sœur poitrinaire à l'âge de vingt-cinq ans, son père et sa mère sont morts âgés ; à l'âge de vingt-deux ans a eu une pleurésie, et plus tard, plusieurs fluxions de poitrines ; pas d'autres maladies ; excellente santé habituelle. A l'âge de soixante-douze ans, est pris d'une hémophtysie abondante qui s'est renouvelée depuis cette époque 3 ou 4 fois et la dernière il y a 8 jours avant son entrée à

l'infirmerie. Depuis cette époque, la malade est très affaiblie. Matité de la fosse sus-épineuse et de la fosse sous-claviculaire du côté droit, râles humides peu nombreux en ces régions, dans l'inspiration qui suit la toux. Les bruits du cœur sont normaux et s'entendent avec une intensité peu commune jusque sous la clavicule droite. Du côté gauche, respiration faible, quelques craquements secs. *Expectoration* peu abondante, un peu striée de sang, de temps à autre ; *elle renferme des bacilles de Koch*. Pas de fièvre. Urines normales. Amaigrissement, tendance à la diarrhée.

OBSERVATION XXVI (Barié)

Lamir..., soixante-dix ans, a eu la coqueluche dans l'enfance et tousse depuis plusieurs années ; pas de tuberculose dans la famille. Il y a six semaines, la malade a été prise pour la première fois d'une hémoptysie qu'elle évalue à 150 grammes environ : le sang était rouge, spumeux et est venu après un effort de toux ; il y a deux jours, dans le milieu de la nuit, elle fut prise d'une hémoptysie nouvelle, dont l'abondance, au dire de la surveillante, aurait dépassé un demi-litre. Transportée à l'infirmerie, on constate en arrière, dans la fosse sous-épineuse, du côté *droit*, de la matité absolue qui s'étend jusqu'à la moitié de la fosse sous-épineuse. En ces régions on entend du gargouillement et de la *respiration caverneuse*. A gauche, la matité et la diminution de l'élasticité sont moindres que du côté opposé, mais dans les fosses épineuses on trouve du souffle caverneux et des gargouillements. Sonorité exagérée et respiration affaiblie dans les 2/3 inférieurs. En

avant, à gauche submatité et diminution de l'élasticité, craquements secs. A droite, mêmes signes, mais les bruits perçus sont de gros râles humides. Cœur normal ; souffle cardio-pulmonaire mésosystolique au niveau du deuxième espace intercostal du côté gauche. Etat général médiocre. *Expectoration assez abondante, crachats muco-purulents, avec présence de bacilles.* La malade est restée six semaines environ à l'infirmerie ; se sentant mieux, elle demande à regagner sa chambre quoique la veille de la sortie, elle ait été reprise d'une hémoptysie peu abondante il est vrai.

OBSERVATION XXVII (Barié)

Hur..., menuisier, âgé de soixante et onze ans. Pas de tuberculose familiale ; pas de maladie antérieure, sauf une bronchite à l'âge de dix-huit ans, depuis cette époque tousse tous les hivers ; première hémoptysie à soixante-huit ans ; tousse beaucoup depuis un an et demi environ et a maigri considérablement ; depuis la même époque a de l'otite suppurée du côté droit. *Poumon*, côté droit, en arrière matité, souffle et toux amphorique, râles de bronchites à la base. En avant, bruit de pot fêlé et gargouillement. Côté gauche ; râles sous-crépitants sous la clavicule. *Expectoration muco-purulente, abondance moyenne, mais bacilles de Koch* nombreux. Pas de troubles digestifs. Cœur normal. Pas d'albumine. L'état du malade empire graduellement ; les crachats deviennent de plus en plus abondants ; ils sont purulents, nummulaires, fétides et obstruent les canaux bronchiques. Le malade expectore très difficilement et se plaint d'oppression extrême, mort.

Autopsie. — Adhérences pleurales très épaisses des deux côtés, principalement du côté droit. Le poumon droit ne peut être enlevé complètement ; le sommet *n'est plus qu'une vaste caverne* extrêmement adhérente. Plus bas il existe deux petites cavernes remplies de pus ; elles sont du volume d'une noix. Tout le reste du poumon est rempli de masses tuberculeuses, un peu molles, caséifiées, d'une coloration gris verdâtre rappelant celle du fromage de Roquefort. Le poumon gauche présente également des infiltrations tuberculeuses caséifiées, mais pas trace de cavernes.

Cœur mou, teinte gris jaunâtre feuille morte, dégénérescence graisseuse du myocarde. Foie muscade, capsule de Glisson adhérente. Reins et rate, pas de caractères anormaux.

OBSERVATION XXVIII (Barié)

Une femme de 70 ans, d'aspect souffreteux et sujette aux bronchites à la suite du moindre refroidissement ; à l'âge de neuf ans, elle a eu une première attaque de rhumatisme qui s'est renouvelé depuis, assez fréquemment. Son mari est mort à 72 ans de tuberculose pulmonaire ; elle a eu 6 enfants, dont l'un est mort à l'âge de 2 ans, de tuberculose. Cette femme, qui est dans un état de débilité extrême, se plaint d'être souffrante depuis trois jours : elle tousse, et l'expectoration est extrêmement abondante ; la malade a perdu l'appétit et présente un peu de diarrhée et quelques vomissements. Température 38°5. L'examen physique du thorax donne les résultats suivants : en arrière la percussion est normale, mais un peu douloureuse aux sommets. L'auscultation dénote une

grande quantité de râles sibilants, disséminés dans toute l'étendue des deux poumons ; il existe des râles plus fins mélangés de frottements dans l'aisselle gauche. En avant la percussion est un peu douloureuse au sommet gauche. A l'auscultation on perçoit des râles sous-crépitants, aux deux sommets, mais surtout abondants sous la clavicule gauche. L'expectoration est abondante, et rappelle celle du catarrhe bronchique, elle consiste en crachats épais, jaune verdâtre ; quelques-uns sont d'une coloration noirâtre ; d'autres rappellent d'assez près l'aspect nummulaire. L'examen bactériologique montre *dans ces crachats des bacilles de Koch*, des streptocoques et des débris de fibres élastiques du poumon. Rien au cœur, sauf une accentuation manifeste du bruit diastolique au niveau de l'aorte. Flexuosités nombreuses des artères radiales ; œdème des membres inférieurs ; un peu d'albumine dans les urines. La malade présente en outre des déformations multiples et très caractéristiques du rhumatisme chronique osseux et progressif, aux doigts de la main, aux orteils : déviation de la main vers le bord cubital, déformation en Z des doigts de la main ; saillie latérale des métacarpiens ; pas de nodosités d'Heberden. Un peu plus tard, chez cette malade, soumise d'emblée aux toniques, à l'huile de foie de morue, les signes stéthoscopiques restèrent les mêmes, et les gros râles sous-crépitants se généralisèrent.

Pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, la malade s'amaigrit de plus en plus, et présente des traces d'œdème au niveau des malléoles. On soutint alors les forces de cette femme par des potions cordiales, le vin, l'éther et la caféine ; néanmoins dans les derniers temps, elle tomba dans un véritable état cachectique.

OBSERVATION XXIX (Barié)

Fav.., soixante-six ans, tapissier, à la maison de retraite depuis un an, entre pour la première fois à l'infirmerie. Père mort à 84 ans, mère morte de fluxion de poitrine ; sa femme est morte il y a 4 ans du diabète.

Pas de maladies antérieures, sauf une bronchite en 1869 suivie d'une seconde en 1872 et une poussée d'eczéma sur les membres. En 1890, nouvelle bronchite, accompagnée pour la première fois d'une hémoptysie (un verre à bordeaux environ de sang rutilant après un effort de toux). Depuis cette époque, tousse, maigrit. Expectoration verdâtre, odeur un peu fétide. *Présence de bacilles de Koch.* Urines normales ; pas de fièvre ; poitrine étroite et rétrécie. *Poumon droit* en avant : submatité sous-claviculaire, respiration humée un peu sibilante. Souffle amphorique ; vibrations thoraciques normales. En arrière matité dans les fosses sus et sous-épineuses ; respiration rude, caverneuse, pas de râles ; vers les bases quelques sibilances. Cœur, accentuation diastolique au niveau de l'artère pulmonaire. Le malade quitte l'infirmerie dans le même état, mais l'amaigrissement s'est notablement accru.

La présence du bacille chez le vieillard tuberculeux est donc indiscutable : des faits cliniques nous l'ont prouvé. Mais un point reste à élucider : ce bacille de Koch, que nous montre le microscope, a-t-il conservé sa virulence et par suite, peut-il, alors qu'il sera transporté sur un jeune terrain, croître, se multiplier et engendrer à nouveau par lui-même comme par ses descen-

dants, les lésions classiques de la tuberculose ? Ou bien, plutôt, puisque souvent la tuberculose sénile reste à l'état latent, sans causer grand dommage, et pour ainsi dire inaperçue, ne serait-il pas plus vraisemblable d'admettre que le bacille ne vit dans un vieil organisme qu'à l'état de simple saprophyte, incapable de proliférer, de caséifier et par suite n'offrant plus de danger à celui qui pourra l'héberger ? C'est en un mot le problème de la virulence qui se pose à nous.

Plusieurs preuves viennent confirmer que le bacille ne cesse d'être dangereux pour les tissus qui l'environnent.

D'abord ce sont les formes de tuberculose sénile aiguë, et principalement les formes qualifiées de formes réveillées qui nous montrent que le jour où viennent à faiblir les moyens de défense d'un organisme assez vigoureux pour avoir atteint la soixantaine, ce jour-là, le bacille retrouve ses moyens d'action, reprend l'offensive et cause des formes subaig*ues*, aigues et parfois même granuliques.

Une preuve de cette conservation de virulence est tirée de l'exploration directe de celle-ci par inoculation au cobaye. Fréquemment elle est positive. Nous avons déjà rapporté deux observations de Courmont et Revol (1) (voir p. 51 et 52) dont le sérodiagnostic, fait systématiquement sur toutes les malades, avait été positif dans les deux cas. Chez le premier vieillard l'autopsie n'avait montré qu'un petit nodule de tissu fibreux, noirâtre, rétracté, dur à la coupe ; ne montrant pas de tubercules,

(1) Courmont et Revol. Bulletin de la Société médicale de Lyon, 1904, p. 137.

ni de caséum et semblant être le reliquat d'une lésion éteinte. Chez le second vieillard, l'autopsie avait révélé, outre plusieurs noyaux crétacés, et de consistance pierreuse, quelques ganglions trachéobronchiques sans tubercules ni caséum à la coupe. L'inoculation de la petite masse du sommet et des ganglions fut faite à deux cobayes. Ceux-ci présentèrent des lésions typiques et généralisées de tuberculose. De même, constatant la fréquence au cours de lésions anciennes et guéries, d'une quantité de granulations grises récentes, M. Déjerine « a donné l'explication de ces infections en montrant que les masses caséuses enkystées renferment des bacilles inoculables et, par conséquent ayant conservé toute leur vitalité » (1).

Ce sont là des faits qui nous démontrent une fois de plus l'intégrité de la virulence bacillaire dans la plupart des cas de tuberculose sénile.

De tout ce que nous venons de dire il résulte donc que le vieillard atteint de tuberculose présente, dans la plupart des cas, une forme ouverte, caractérisée par la présence de cavernes. Ces cavernes, très souvent, contiennent encore des bacilles de Koch. Et ces bacilles de Koch ont conservé toute leur virulence.

Ces différents facteurs, établissant la possibilité de la contagion, nous révèlent un péril d'autant plus grand pour la société que cette tuberculose est, nous l'avons déjà vu, le plus souvent méconnue. Nous avons cité

(1) Rapporté par Potain. Clinique médicale de la Charité, Bulletin médical, 1894, p. 1083.

précédemment quelques exemples de ces infections pulmonaires, torpides, évoluant en silence, sans que le malade et presque souvent le médecin lui-même ne s'en doute. Ces exemples que nous aurions pu multiplier, car ils abondent dans la littérature médicale, nous montrent que le péril est réel.

Cette fréquence de la tuberculose inconnue et dont on ne se défie en aucune façon explique bien quelques uns des faits navrants que tout médecin ou même que tout homme du monde a eu l'occasion d'observer autour de lui. Je veux parler de ces familles qui semblent tout particulièrement prédisposées à la phtisie et à la tuberculose. Ce sont, groupés autour de l'aïeul apparemment en bonne santé, des enfants et des petits enfants de tout âge, qui, les uns à la suite des autres, succombent victimes de l'infection bacillaire, ou du moins s'ils ne succombent pas sont atteints, qui d'un mal de Pott, qui d'une tumeur blanche, qui d'une orchiépididymite bacillaire. Tel le soldat, ancien typhique, qui sans s'en douter répand au sein de la compagnie, le germe de la maladie et souvent de la mort, tel le grand-père véritable « porteur de germes » transmet autour de lui, le bacille de l'infection dont il ignore être atteint.

Et c'est ce grand'père qui habite le logis parfois encombré ou plus exactement le taudis commun. Il sort peu par crainte de s'enrhumer. Il ne ménage ni baisers, ni caresses à ses petits enfants. Souvent il dort dans la même pièce qu'eux. Naturellement il ignore ce qu'est

un crachoir et ne se gêne pas pour souiller le sol de ses exsudats bronchiques.

C'est à peine s'il toussote un peu chaque jour, s'il s'essouffle facilement, s'il s'enrhume de temps à autre, en un mot, c'est à peine s'il est « de santé délicate ». Et tristement cet aïeul assiste à la disparition de ceux qu'il affectionne, sans se douter un seul instant qu'il a pu contribuer pour quelque part aux deuils successifs qui viennent le frapper lui et les siens.

M. le Pr Landouzy (1) étudiant les causes de la mortalité infantile, nous a donné de frappants exemples de ces contages familiaux. Parmi les nombreux cas de tuberculose observés chez les enfants en bas âge à la crèche de l'hôpital Tenon, il lui était en général facile de retrouver quelque tare tuberculeuse chez l'un des ascendants. Pendant que le père et la mère souvent tuberculeux eux aussi, vont à l'atelier, le bébé reste aux soins de la grand'mère constamment « enrhumée » qui le berce dans ses bras. Et cette contagion familiale est d'autant plus redoutable « que la tuberculose, cette *lèpre des temps modernes* s'attaque aux sources même de la vie humaine. » (2).

Barié nous en rapporte les deux exemples suivants ; dans le premier, une femme de 81 ans, présentant des lésions cavitaires et des bacilles dans les crachats a perdu deux frères et deux enfants par tuberculose ; dans la seconde une femme de 60 ans, dans les mêmes conditions

(1) Landouzy. Revue de Médecine, 1887 et 1888.
(2) id. id.

a perdu deux de ses trois enfants l'un par méningite tuberculeuse à 7 ans, l'autre de tuberculose pulmonaire à 26 ans.

OBSERVATION XXX (Barié)

La veuve G..., âgée de quatre-vingt un ans, *a eu deux frères morts de tuberculose pulmonaire et a perdu deux enfants de la même maladie*, à l'âge de quarante ans. Vers la même époque la malade a une pleurésie du côté gauche, mais a continué à se bien porter quoiqu'elle toussa les hivers jusqu'à l'âge de 73 ans, où sans raison elle fut prise d'une hémoptysie d'une grande abondance. Il y a trois mois, elle eut une nouvelle hémorragie bronchique. Elle fut examinée alors et on trouva de la submatité des fosses sus et sous-épineuse du côté gauche. A l'auscultation, on trouve dans la première, du *souffle amphorique et des gargouillements nombreux*, étendus jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate. A droite, la respiration est rude, accompagnée, en avant et en arrière, de râles sous-créditants abondants. Pas de fièvre, rien au cœur, urines normales, appétit conservé. Malgré ces signes indiquant des *lésions cavitaires considérables*, l'état général est bon et la malade va et vient et se promène dans la maison et dans les jardins. Cependant la toux ayant augmenté, elle entre à l'infirmerie et on constate, outre la matité dans la fosse sus-épineuse, du souffle et des râles à timbre amphorique, et de râles sous-crépitants à bulles moyennes dans la fosse sus-épineuse droite. En avant, sous la clavicule gauche, on trouve du

souffle caverneux et du bruit de pot fêlé. L'expectoration est très abondante, mais purulente, et *renferme des bacilles de Koch en très grande quantité.*

OBSERVATION XXXI (Barié)

Janv. 1891. Bert..., soixante ans, a perdu sa mère à la ménopause, un frère d'apoplexie pulmonaire ; son père, alcoolique et saturnin, est mort à cinquante ans. Elle a eu *trois enfants* : *l'un est mort de méningite tuberculeuse à sept ans*, l'autre à vingt-six ans de *tuberculose pulmonaire. Son mari est mort asthmatique.* Depuis l'âge de quarante sept ans, la malade tousse tous les hivers ; elle n'a jamais craché le sang. Il y a deux ans, la malade a été prise d'un *zona* du plexus cervical du côté droit, qui a laissé des cicatrices blanchâtres et des douleurs encore vives à certains moments, occupant la partie latérale droite du cou, et s'irradiant vers la face et la nuque du même côté. La peau paraît amincie, et le moindre attouchement, le moindre frôlement provoquent de véritables crises paroxystiques ; la face du côté malade paraît légèrement contractée. C'est pour ces douleurs intolérables consécutives au zona, que cette femme est surtout entrée à l'infirmerie ; les lavements calmants les plus variés, et à l'intérieur la morphine, l'antipyrine, l'aconitine, la quinine, le chloral et le sulfonal et en dernier lieu la cérébrine ont été tous employés avec des succès médiocres. Cette malade est atteinte de *scoliose* à convexité droite qui remonte à l'âge de quatorze ans. La malade tousse peu, l'expectoration est à peu près nulle. Le sommet droit, en arrière, accuse de la matité

des souffles caverneux avec des râles sous-crépitants à grosses bulles, pectoriloquie à haute voie. En avant, il existe de la submatité sous la clavicule, et de la faiblesse respiratoire ; on trouve encore quelques râles humides peu abondants. L'expectoration devint bientôt assez abondante, et *l'examen bactériologique y a décélé la présence de nombreux bacilles*. Cet état s'est prolongé pendant de longs mois durant lesquels la malade faisait des séjours successifs plus ou moins longs à l'infirmerie. Peu à peu elle s'amaigrit, perdit l'appétit et le sommeil, et fut trouvée morte un matin, dans son lit, sans qu'elle ait poussée le moindre cri ou fait le moindre appel.

Autopsie. — Poumon droit *large excavation* (une grosse bille) au sommet, entourée d'une *série de petites cavernules* disséminées ; tissu pulmonaire dur, grisâtre, adhérences au sommet. Au sommet gauche, infiltration de tubercules dont plusieurs sont caséeux ou ramollis. Cœur atrophié, tout petit, pèse 195 grammes. Myocarde décoloré. Foie et reins normaux.

Andral a rapporté l'observation d'un vieillard de 80 ans, qui depuis l'âge de 20 ans était sujet aux hémoptysies ; et Andral ajoutait : « Ce vieillard (et ce n'est pas là une des circonstances les moins remarquables de cette observation) avait eu plusieurs enfants qui, tous, étaient morts de la poitrine à un âge peu avancé ayant tous aussi des hémoptysies. »

A l'hôpital Laennec, salle Chomel, dans le service de M. Léon Bernard (1), est couchée actuellement, une

(1) M. Léon Bernard a bien voulu nous donner connaissance de cette observation. Nous sommes tout particulièrement heureux de pouvoir le remercier et l'assurer de notre vive reconnaissance.

femme âgée de 60 ans dont la mère et dont un frère sont morts de bacillose. Cette femme a eu 7 enfants qui tous sont décédés, l'un à 20 ans de bacillose, un autre du croup à 2 ans et demi, les cinq autres enfin sont morts de 1 à 2 mois de cause mal définie. Puisque M. Landouzy nous a montré que les enfants en bas âge mourraient de bacillose dans la proportion de 1 sur 3,6, il est des présomptions pour penser que nombreuses, dans cette famille, ont été les victimes du bacille de Koch et de la contagion familiale.

Citons encore cette dame de 72 ans, soignée depuis 27 ans par M. le professeur Landouzy. Cette dame est une asthmatique essentielle depuis l'âge de 19 ans. D'une bonne constitution, elle n'en présente pas moins sous une des clavicules, un foyer de râles et de moindre élasticité. Elle s'est mariée et vit dans une grande aisance. Trois ou quatre fois par an elle est traitée pour bronchite. Dans l'intervalle, elle est en bonne santé, mais présente des accès d'asthme surtout nocturne.

Son mari est mort de cirrhose du foie, affection aujourd'hui considérée comme fréquemment sous la dépendance de la tuberculose. Elle a eu plusieurs enfants : l'un de ses fils est mort de tuberculose pulmonaire à 30 ans ; un autre de ses fils est également mort de tuberculose ; sa fille a présenté une adenopathie : des ganglions axillaires ont suppuré et un chirurgien lui a enlevé une masse adénopathique dans la région sterno-cleidomastoïdienne s'étendant jusque dans l'aisselle. A la biopsie, ces ganglions présentaient le caractère de ser-

pent de Pharaon. Avant son adénopathie, cette jeune fille avait été mise dans une gouttière de Bonnet pour une sacrocoxalgie, aujourd'hui guérie.

Cette dame a eu une femme de chambre qui fut traitée par M. le professeur Landouzy pour une pleurésie. Elle est morte avec une inflammation tuberculeuse.

Enfin, comme dernier cas de ces contages familiaux, rappelons l'exemple typique qu'en donne M. Landouzy dans sa communication à l'Académie. Il s'agit d'un ménage d'étrangers dont on pourra lire l'histoire plus loin (1).

Voilà donc bien dans ces faits, la démonstration pratique de la contagion dont nous avions cherché à prouver théoriquement la possibilité. Voilà donc bien établie la proposition dont nous avons fait le sujet de cette thèse : La tuberculose du vieillard constitue un danger pour la Société. Reste à en tirer un enseignement pratique.

De la fréquence de la tuberculose sénile, ainsi que des dangers qu'elle présente par la possibilité de sa contagion, il est un enseignement utile à tirer pour la famille et pour la société. C'est lui qui doit guider le rôle de l'hygiène sociale en matière des vieillards.

Le but de cette étude, que nous exposions dans notre introduction, était de rechercher s'il était un âge

---

(1) Voir la communication de M. le Pr Landouzy à l'Académie de Médecine, p. 108.

qu'épargnait la tuberculose. Nous avons vu qu'il n'en était rien et que, même dans l'âge le plus avancé, tout individu pouvait donner asile à des bacilles dangereux à la fois pour lui et pour la société.

Cette question est toute d'actualité, car, dernièrement, devant le Parlement français, le gouvernement a déposé un projet de loi tendant à rendre obligatoire chez nous la désinfection du logement après tous les décès. Nous ne saurions qu'approuver ce projet s'il ne comportait une restriction : cette désinfection il ne la rend obligatoire qu'au cas où l'individu décédé est âgé de plus de deux ans et de moins de soixante ans.

A notre sens, ces dernières conditions constituent une grave erreur, car la prophylaxie de l'entourage du vieillard ne saurait être négligée. Et l'hygiéniste ne peut accepter intégralement ce projet de loi car, selon le mot de Monsieur le Professeur Landouzy (1), « il doit avec autant d'effroi que de remords, entendre cette parole de l'écomiste (2) : « Le gaspillage de la vie humaine est le plus ruineux de tous ».

Ce « gaspillage » que l'économiste réprouve, le législateur qui, lui aussi, est un économiste, ne saurait l'encourager ni même, par quelque omission, négliger de l'enrayer.

Il se souviendra que, sénile ou non, le tuberculeux, avéré ou méconnu peut semer autour de lui la contagion ; il se souviendra qu'il la sème d'autant mieux que le

(1) Landouzy. Revue de Médecine 1888, p. 788.
(2) Jules Rochard. Traité d'Hygiène sociale. Paris Delahaye, 1888.

malade et son entourage ne prennent pas garde à une maladie qui, par ses allures, ne semble pas grave ou reste méconnue. Et il se souviendra également que le tuberculeux sénile, est un agent de dissémination d'autant plus redoutable que précisément son affection lui permet d'aller où et comme il veut. Enfin il n'oubliera pas non plus que si l'enfant ne nait pas tuberculeux il nait avant tout tuberculisable et que ce serait aller à l'encontre des intérêts de la société que d'oublier de soustraire le nouveau né à un sérieux danger de maladie et de mort.

Et c'est pourquoi nous restons fermement convaincu que toutes les mesures qui pourront être prises en France pour enrayer la propagation de la tuberculose ne tiendront aucun compte des conditions d'âge. Nous ne voulons nullement envisager ici la valeur ou la possibilité de ces mesures. Mais qu'il s'agisse de la déclaration obligatoire, de la désinfection, de la police des crachoirs, de l'isolement à l'hôpital, etc., dès que l'application d'une de ces mesures quelle qu'elle soit aura été reconnue utile, c'est à tous, sans distinction qu'elle devra s'appliquer. Et qu'il nous suffise de rappeler ici que c'est par le nombre de 12.301 au minimum, que se chiffreraient, en l'espace de dix années les foyers de contagion qui auraient échappé à la désinfection dans le seul département de la Seine et, *le mort saisissant le vif*, risqueraient d'entraîner la perennité de la bacillose, tant dans la famille du défunt que dans le logis infecté

où de nouveaux venus, bien portants, s'exposeraient à la contagion (1).

En appliquant ces préceptes aux mesures de défense, nous ne ferons en cela que suivre l'exemple, bon exemple en l'occasion, que nous offre l'Histoire. En 1782, quand le roi de Naples rendit un édit pour ordonner des mesures prophylactiques sévères contre la tuberculose, il n'était pas tenu compte de l'âge quand on ordonnait la séquestration des phtisiques, le transport en un lieu éloigné du lit et des meubles du malade pour y subir des fumigations, le lavage des objets de métal au vinaigre ou à l'eau-de-vie, celui des livres au jus de citron, celui des murs à l'eau de mer. Et les amendes ainsi que les années de château-fort ou de galères auxquel s'exposait celui qui n'observait par l'édit royal, si elles n'étaient pas les mêmes suivant la noblesse du prévenu, n'étaient du moins nullement modifiées selon qu'il s'agissait d'un vieillard ou d'un adulte.

Cet heureux exemple tiré de l'histoire, nous le retrouvons à l'époque contemporaine dans celui que nous donne celles des nations étrangères qui ont déjà édicté des mesures de protection contre la tuberculose. Et c'est ainsi que les pays où la déclaration de la tuberculose a été rendue obligatoire, et c'est le cas pour les Pays Scandinaves, pour certains pays des Etats-Unis d'Amérique, l'Angleterre, l'Ecosse et l'Irlande, n'ont pas songé à instituer quelque exception d'âge.

Enfin pour terminer cette thèse, nous ne saurions

(1) L. Landouzy. — Communication à l'Académie, v. page 92.

mieux faire que de reproduire intégralement la déclaration que fit M. le Professeur Landouzy à l'Académie de Médecine, et nous profitons encore une fois de cette occasion pour le remercier très sincèrement d'avoir bien voulu nous guider dans l'élaboration de ce travail.

A PROPOS DE LA DÉCLARATION DE LA TUBERCULOSE[1]

La Désinfection Obligatoire, Automatique, pour tous les Décès.

Fréquence de la bacillo-tuberculose aux deux extrêmes de la vie : formes frustes et larvées de la tuberculose du nourrisson et du vieillard. — Nécessité d'étendre la désinfection à tous les décès, sans restriction d'âge : les bébés mourant de tuberculose, méningée ou pulmonaire, RÉACTIFS d'ambiance tuberculeuse ; maints vieillards catarrheux, bronchiteux-chroniques, asthmatiques, emphysémateux, AGENTS de diffusion de tuberculose familiale.

Dans l'état actuel de nos lois et de nos mœurs, la Déclaration de la tuberculose, à faire obligatoirement par le médecin, ne semble conquérir ni l'opinion publique, ni l'opinion médicale.

Parmi les motifs d'opposition, l'un des plus sérieux repose sur ce fait que, dans l'état actuel de nos services sanitaires, la prophylaxie et la désinfection, raisons majeures d'être de la Déclaration, manquent d'organisation suffisante.

---

(1) Communication faite à l'Académie de médecine, séance du 13 mai 1913.

Beaucoup parmi nous — partisans, en principe, de la Déclaration obligatoire des malades tuberculeux — n'espèrent pas, pour le moment, contrairement à l'optimisme de la Commission de l'Académie de Médecine, n'espèrent pas, dis-je, retirer de la Déclaration (l'esprit public n'y étant pas préparé) ce que nous voudrions pouvoir en attendre : tout ce que certains pays en ont obtenu, du jour où législation, éducation, mœurs et administrations sanitaires avaient associé leurs efforts.

Sans rappeler l'expérience déjà ancienne faite en Pays scandinaves, sans parler des lois votées par certains Gouvernements des Etats-Unis de l'Amérique du Nord, ne voyons-nous pas, hier, l'Angleterre (qui pourtant, déjà, avait fait reculer la tuberculose de par tout un ensemble de lois d'économie sociale) (1), promulguer la Déclaration obligatoire de la tuberculose, et — en dépit de certaines résistances du corps médical — après quelques mois seulement d'application, en retirer un bénéfice notable.

Si, en France, l'opinion publique avertie avait pu être assurée que la Déclaration obligatoire fût capable, dès à présent, de réaliser pratiquement, en toute efficacité, la prophylaxie antituberculeuse, nul doute que la Déclaration n'eût été acceptée, désirée même.

---

(1) En vingt ans par de sévères prescriptions d'hygiène, l'Angleterre n'a-t-elle pas vu le chiffre de la mortalité tuberculeuse s'abaisser de 40 p. 100 ; l'Ecosse, de 35 p. 100 ; l'Irlande — pays de misère — de 20 p. 100 ; la diminution atteindre jusqu'à 40 ou 50 p. 100 dans les grandes villes, telles que Londres et Edimbourg ?

Tandis que le rapport entre la mortalité par tuberculose et la mortalité générale est descendu à 9 p. 100 à Londres, cette proportion atteint encore 20 p. 100 à Paris ! (*In* Conférence faite à Rome, Avril 1912, au congrès international de la Tuberculose, par L. Landouzy, sur *Le Rôle des facteurs sociaux dans l'Etiologie de la Tuberculose.*)

En effet, en dépit de certaines apparences qui ont pu faire admettre un léger fléchissement de la mortalité tuberculeuse française, la Maladie sociale, chez nous, à bien analyser les faits, n'est point en décroissance.

Il suffit, pour s'en convaincre, de faire appel à l'expérience des médecins pratiquant dans les villes, dans les hôpitaux, comme dans les campagnes.

C'est ce dont témoignait déjà l'enquête que, pour le Congrès international de la Tuberculose de Paris, en 1905, nous faisions avec notre confrère Paul Strauss au travers des petites villes, des bourgades et des communes de France.

Le dépouillement des 1.034 questionnaires, remplis par les médecins de la province, nous amenait, le docteur Weill-Mantou et moi, aux conclusions suivantes qui me paraissent devoir opportunément retrouver place dans la discussion ouverte par l'Académie de Médecine.

« I. — Contre l'infection, principe de la contagion, l'un des premiers remèdes est la désinfection.

« II. — C'est par l'École que se font et se rénovent les mœurs ; c'est dans l'enseignement scolaire et postcolaire que la lutte sociale contre la tuberculose doit chercher son plus solide appui.

« III. — L'autorité militaire, par mesure d'hygiène, concernant aussi bien le malade que la Commune, devrait aviser le maire par la loi de 1902, officier sanitaire du renvoi temporaire ou définitif dans ses foyers, de tout tuberculeux ».

Depuis, comme avant notre enquête de 1905, touchant la fréquence de la maladie sociale, je n'ai cessé, à cette tribune comme ailleurs, de répéter que, particulièrement en matière de tuberculose, les rubriques trompeuses des statistiques

sont loin de nous renseigner sur l'état réel des choses. En effet, la bacillo-tuberculose, dans les statistiques officielles, se trouve inscrite seulement sous les trois chefs :

Tuberculose des poumons ;

Tuberculose des méninges ;

Autres tuberculoses,

d'où des fuites considérables.

C'est ainsi que, pour l'année 1910, par exemple, on compte dans le département de la Seine :

14.606 décès, par « tuberculose pulmonaire » ;

1.634 décès, par « tuberculose ces méninges » ;

Et 989 décès, seulement, par « autres tuberculoses ».

Or, pour quiconque pratique, comme médecin ou chirurgien, soit en ville, soit dans les hôpitaux, ce chiffre de 989 morts, par « tuberculose des autres appareils que les poumons et les méninges », ne correspond évidemment pas à ce que l'expérience journalière nous montre de la mortalité par : ostéites tuberculeuses, mal de Pott, abcès froids, péritonites, entérites, etc...

De plus, les statistiques de mortalité comptent sous d'autres rubriques : maladie d'Addison ; anémie et chlorose ; péricardite ; bronchite chronique ; pleurésie ; asthme ; emphysème pulmonaire ; cirrhose du foie ; néphrite, etc..., des cas qui, incontestablement, pour une forte part, ressortissent à la bacillo-tuberculose.

Si, maintenant, l'on envisage, non plus la mortalité, mais la *morbidité* et l'*invalidité* qu'elle provoque, la tuberculose paraît à tout le monde, non décroissante, et cela à Paris comme en province.

Pour ne prendre qu'un exemple, près des deux tiers de la clientèle des hôpitaux et des dispensaires parisiens sont repré-

sentés par des tuberculeux. La fréquence de la bacillo-tuberculose, sous tous ses aspects, depuis les plus communs et les plus classiques, jusqu'aux formes les plus frustes et jusqu'aux formes septicémiques ressort, aujourd'hui, avec une telle évidence, du consentement universel, qu'il n'y a pas lieu vraiment d'insister.

Morale. — Il est de nécessité urgente de ne négliger aucun des moyens qui arrêteraient et diminueraient un mal, qui ne s'attaque pas seulement aux individus et aux familles, mais qui abâtardit la race, affaiblit la Défense nationale (1) et menace la richesse du pays.

Cependant, au lieu d'une Déclaration obligatoire qui permettrait, par la connaissance de tous les cas de *morbidité* et de *mortalité*, de s'attaquer à chacun des foyers de bacillose, il n'est guère question, dans les moyens de lutte à engager demain contre la tuberculose, que de demi-mesures. La plupart des projets, hormis celui de la Commission de la tuberculose de l'Académie de médecine, s'accordent pour vouloir seulement la désinfection obligatoire *après décès*, manière d'atteindre (sans déclaration préalable, par le médecin, de la cause du décès), les morts par tuberculose, comme par toutes autres maladies endémiques, la Déclaration de la morbidité tuberculeuse restant en dehors du débat.

C'est ainsi que le Gouvernement dépose un projet de loi de *Désinfection obligatoire, automatique,* au domicile de tout décès survenu entre l'âge de deux ans et soixante ans, sauf, pour le médecin, à certifier que la cause de la mort n'est pas de nature à nécessiter la désinfection.

---

(1) On ne saurait trop répéter que, de 1894 à fin 1902, en l'espace de huit années, réformés ou morts par tuberculose seulement, *trente-six mille* de nos jeunes soldats ont disparu du contingent.

Au nom de l'expérience clinique, je m'inscris contre les deux limites proposées : contre celle de deux ans d'abord ; et surtout, contre la limite de soixante ans.

Si je demande que, partout et toujours, après la mort, soient prises des mesures d'hygiène et de désinfection, même vis-à-vis des décès d'enfants de premier âge, c'est que, d'abord, depuis longtemps, je professe la tuberculose du premier âge être, de beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait naguère.

Si je tiens le bébé, qui n'expectore pas, pour négligeable en tant que foyer de dissémination bacillaire, je le considère comme *dénonciateur* de contages familiaux. Le jeune enfant n'est-il pas un des terrains promis à l'éclosion de l'infection entretenue dans la petite collectivité que représente la famille ? La survenance, par méningite tuberculeuse, d'un décès de bébé, n'est-elle pas faite pour rendre tout un logis suspect aux yeux de ceux d'entre nous qui professent la contagion de l'enfant se faire surtout, dans et par le milieu familial ? Pareille méningite frappant, soudainement en apparence, de beaux bébés, n'incite-t-elle pas l'Étiologiste à rechercher, et à trouver la cause de la bacillose, dans la maladie d'un parent, d'un commensal ou d'un serviteur de la maison ?

Combien, dans cet ordre d'idées, apparaît suggestive cette remarque de Trousseau, consulté pour un cas de méningite tuberculeuse... « la famille est vraiment plus qu'à plaindre ; il lui faut craindre pour elle-même ».

N'ai-je pas autrefois montré, à propos de bébés mourant dans ma Crèche de l'hôpital Tenon, combien et comment leur affection tuberculeuse (pulmonaire ou méningée) suivait ou accompagnait la phtisie d'un des parents, d'un des frères ou sœurs ?

A défaut, comme en plus, de tuberculoses familiales évidentes, tout bébé bacillaire. méningitique, pulmonaire ou septicémique, m'est toujours apparu comme un *réactif* dénonçant une ambiance tuberculeuse.

A ce titre, et quoique d'ordinaire il s'agisse, chez les bébés, de bacillose fermée, loin de décommander la Désinfection, je la souhaite, afin d'éteindre le foyer tuberculeux dont la méningite se fait révélatrice. En pareille occurence, le doute et la suspicion doivent profiter à toute la famille.

L'*Hygiénisation* du logis est particulièrement nécessaire. Elle est commandée par des évènements précédant l'apparition de la méningite, celle-ci se faisant dénonciatrice de la tuberculose insoupçonnée jusqu'à l'éclosion, chez le bébé, d'une « fièvre cérébrale ».

Il est non moins important de ne pas arrêter la désinfection aux décès de la soixantaine. Décréter pareille limitation serait continuer l'erreur, hier encore presque classique, de la rareté de la tuberculose des vieillards. Cette erreur s'expliquait par la fréquence, chez les sexagénaires, des tuberculoses frustes et larvées, d'allure torpide si différente de l'évolution de la phtisie des adultes.

Il y a longtemps que nous dépistions maintes tuberculoses sous le masque de la Bronchite chronique, de l'Emphysème, de l'Asthme, de certaines Arthropathies déformantes, etc., toutes affections dont la constatation du bacille décèle souvent la nature.

Que de fois n'avons-nous pas vu des septuagénaires emphysémateux, catarrheux, tousseurs, asthmatiques contaminer leur entourage sans qu'on y prît garde ?

C'est ainsi, qu'entre autres exemples que les souvenirs de tous mes confrères pourraient multiplier, car pareils faits sont

légion, j'ai souvent évoqué les observations suivantes :

Celle d'une douairière, mourant presque octogénaire de tuberculose pulmonaire subaiguë après avoir à vingt-cinq ans souffert, une seule fois, de congestion pulmonaire (avec légère hémoptysie) suivie, lors de la convalescence, d'une cure aux Eaux-Bonnes ordonnancée par Pidoux. Vivant tantôt à Paris, tantôt à la campagne dans les meilleures conditions de confort, la douairière dans la période écoulée entre ses soixante ans et sa soixante-dix-huitième année, date de son décès, voyait près d'elle, en son château de province ou dans son bel hôtel de Paris, mourir : deux de ses filles, l'une de péritonite tuberculeuse ; l'autre de tuberculose pulmonaire ; deux de ses petits-enfants : un petit garçon, de méningite ; une fillette de complication de coxalgie apparue quelques semaines après une poussée d'érythème noueux !

Des enfants de cette septuagénaire tousseuse, catarrheuse asthmatique, emphysémateuse, frêle mais toujours active, il n'est resté qu'un fils, officier général. Celui-ci dut vraisemblablement sa non-contamination à une vocation précoce qui, de bonne heure, l'éloigna du milieu maternel, pour le lycée, les grandes écoles et l'armée, lui permettant court et rare l'habitat familial, dans lequel devaient succomber ses sœurs, ses neveu et nièce.

Autrement, mais également suggestive, l'histoire d'étrangers habitant, dans des conditions du parfait bien-être, un superbe hôtel des Champs-Elysées. La famille, en dehors d'une nombreuse domesticité, se composait du père et de la mère, mariés à 28 et à 20 ans, respirant la force et la santé ; ayant tous deux, les meilleurs antécédents. La mère eut successivement, chacune à presque deux ans d'intervalle, trois grossesses normales, lui donnant trois beaux garçons, élevés exclusi-

vement au sein par la mère que, pas une fois, ne fatigua l'allaitement.

Hormis le temps des tétées régulières, les bébés étaient laissés aux soins d'une gouvernante, maigre et chétive personne, toute dévouée à ses maîtres, dont elle avait vu grandir quatre générations.

Successivement, les trois garçons, presque au même âge, mouraient de méningite tuberculeuse. J'assistais au troisième décès, que les médecins consultants, Jules Simon et Archambault, me disaient être la répétition de ce qu'ils avaient vu chez les frères aînés.

Je me mis à enquêter sur les raisons de ces trois méningites qui semblaient un défi aux conditions d'hygiène, de confort et de bonne santé qui régnaient dans la maison.

Mon enquête aboutit à trouver dans la vieille gouvernante plus que sexagénaire, catarrheuse, bronchiteuse chronique, emphysémateuse, autrefois asthmatique, un type de ces tuberculoses séniles, torpides, dont on se défie d'autant moins que pareilles malades neuro-arthritiques, toujours actives, jamais arrêtées, loin de sembler malades, gardent souvent l'apparence, sinon de la santé, au moins de la résistance.

J'obtins, non sans peine, le retour en Amérique de la gouvernante, que des services attachaient à la famille depuis un demi-siècle. Hormis ce départ, rien ne fut changé dans la maison : deux enfants naquirent et furent exclusivement allaités par la mère : l'un avoisine la trentaine ; l'autre est une superbe jeune fille de 25 ans.

Si, en pareils milieux fortunés, les affections tuberculeuses séniles sont susceptibles de contaminer tout un gynécée, combien plus redoutables doivent-elles être dans les appartements surpeuplés et dans les logis d'ouvriers, où bébés,

enfants, père, mère et grands-parents, suivant l'expression populaire, vivent les uns sur les autres.

Ainsi se comprennent les observations lamentables, naguère recueillies dans ma Crèche de l'hôpital Tenon, où m'étaient amenés des bébés devenus tuberculeux pour avoir, durant les journées d'usine ou d'atelier des mères, été livrés à la garde et aux soins des grands parents que l'âge et les infirmités respiratoires (bronchite chronique, emphysème) rendaient casaniers et incapables de s'occuper d'autre chose que de la surveillance des enfants et de la préparation des bouillies ou des soupes trop souvent souillées par les poussières bacillifères provenant de l'expectoration du « vieux père » considéré dans la famille comme un invalide, nullement comme un malade dont on aurait à se méfier.

D'ailleurs, pour démontrer le danger de la non-désinfection en cas de décès, au-delà de 60 ans, pas n'est besoin d'escompter la fréquence des tuberculoses frustes et larvées, dont nous aurions pu citer bien d'autres exemples encore.

En effet, si l'on consulte l'*Annuaire statistique de la Ville de Paris pour* 1910, on trouve que les tuberculoses séniles évidentes, n'y sont pas exceptionnelles. En 1910, dans le département de la Seine, on compte, au-delà de 60 ans :

1.211 décès par « tuberculose des poumons » ;

9 décès par « tuberculose des méninges » ;

97 décès par « autres tuberculoses ».

Soit 1.317 foyers de tuberculose, qui, en un an, échapperaient à la désinfection, et, *le mort saisissant le vif*, risqueraient d'entraîner la pérennité de la bacillose, tant dans la famille du défunt que dans le logis infecté où de nouveaux venus, bien portants, s'exposeraient à la contagion.

Pareil enseignement nous est encore fourni par l'enquête

que je viens de faire, pour 1912, à l'hôpital Laënnec. Sur une mortalité globale de 887 malades, 475 décès incombent à la tuberculose, soit 53 pour 100 ; et sur ces 475 morts par tuberculose, 22 sont survenues à 60 ans et au-delà, soit 4,6 pour 100.

En 1911, sur 292 tuberculeux morts à l'hôpital Laënnec, 14 étaient âgés de plus de 60 ans, soit 4,7 pour 100.

Le relevé des entrées en 1910, à l'hôpital de la Charité, pour affections bacillo-tuberculeuses, groupe les malades en 20 sexagénaires, 8 septuagénaires, 2 octogénaires, parmi lesquels se sont produits 21 décès, le plus avancé à 74 ans.

La fréquence de la tuberculose sénile apparaît plus nettement encore si, au lieu de compter seulement les décès, on relève le pourcentage de la morbidité tuberculeuse, à partir de 60 ans.

Sur les 6.264 tuberculeux traités dans les seules salles spécialisées de l'hôpital Laënnec, et dans le seul dispensaire Léon Bourgeois, 124 étaient âgés de plus de 60 ans, soit 1,9 pour 100. Encore, ce chiffre de 124 tuberculeux plus que sexagénaires, ne représente-t-il, en fait, qu'une faible partie des tuberculeux séniles assistés de la Capitale, car beaucoup de ceux-ci, ayant à venir rue Vaneau, des XV^{e}, XVI^{e}, XVII^{e}, XVIII^{e}, XIX^{e} et XX^{e} arrondissements, sont souvent empêchés de s'acheminer vers le Dispensaire, par leurs infirmités respiratoires, par la crainte de la fatigue et par le danger d'un refroidissement.

Ces faits, qu'il était indispensable d'évoquer, démontrent, sans conteste, la fréquence de la bacillo-tuberculose aux deux extrémités de la vie, avant 2 ans, comme après 60 ans.

Inutile d'ajouter que ce qui est vrai, en matière de tuberculose sénile, pour le département de la Seine, doit l'être

aussi pour la France entière.

On voit donc, d'une part, le danger de ne pas désinfecter avant 2 ans, comme après 60 ans ; d'autre part, l'énormité de la tâche sanitaire qui, demain, va incomber à l'Etat, aux Départements, aux Communes et aux familles.

Cela dit, puisque l'effort de la prophylaxie antituberculeuse ne portera, pour le moment, *par la Désinfection obligatoire automatique*, que sur les décès, je tiens à démontrer la nécessité de bien adapter, à frais nouveaux, la Déclaration de décès à toutes fins de Désinfection.

Un tuberculeux venu d'une Commune limitrophe de Paris de Boulogne-sur-Seine, par exemple, meurt après séjour à l'hôpital Laënnec, son décès est déclaré au VII[e] arrondissement. De ce fait, la déclaration du décès ne saurait entraîner le déclanchement automatique de la désinfection, puisque ladite déclaration ne remonte pas jusqu'au service d'hygiène de la Commune de Boulogne. Et pourtant, il importerait à l'hygiène familiale, comme à l'hygiène publique, que fût faite la Désinfection du logis de ce phtisique. Avec les errements actuels, l'esprit comme la lettre de la loi projetée, portant *obligation de Désinfection après décès*, seraient violés.

Il y a donc à prévoir une réglementation nouvelle et spéciale visant, afin d'*hygiéniser* leur domicile, tous les malades décédés soit à l'hôpital, soit en tout autre endroit que chez eux.

Grâce aux mesures additionnelles par lesquelles je propose de compléter certain projet de loi déposé par le gouvernement :

A. Désinfection *pour tous les décès sans distinction d'âge* ;

B. Désinfection au domicile, quel qu'il soit, des malades morts : dans les hôpitaux et hospices ; dans les maisons de

santé ; dans les sanatoriums, comme dans les stations hivernales.

Ces mesures additionnelles feraient rendre à la loi de *Désinfection obligatoire* tout ce que l'on peut attendre d'elle.

Il demeure entendu que la loi, aujourd'hui proposée, n'est qu'une étape dans la voie de la prophylaxie antituberculeuse, puisqu'elle vise seulement la moitié du problème, la *mortalité*.

Il reste mieux à faire, s'attaquer aussi à la *morbidité* tuberculeuse.

Il appartient à l'opinion publique éclairée et avertie de réclamer toutes — elles sont nombreuses et de qualité diverse — mesures prophylactiques contre la diffusion continue de la bacillo-tuberculose.

Parmi ces mesures prophylactique, il n'en est pas de plus urgente que l'*Hygiénisation* (appellation autrement compréhensive que le mot désinfection ; l'*Hygiénisation* sous-entend l'appropriation, le nettoiement, la désinfection du logis, autant que l'éducation hygiénique de la famille du défunt) de tout habitat occupé, actuellement ou antérieurement, par des tuberculeux.

Le jour où la Désinfection s'appliquera à la morbidité autant qu'à la mortalité tuberculeuse — et ce jour-là seulement — sera scientifiquement engagée la lutte antituberculeuse.

Ici, « la difficulté de réussir ne fera qu'ajouter à la nécessité d'entreprendre ».

CONCLUSIONS

I. — Contrairement à l'opinion encore assez répandue, la tuberculose du vieillard est assez commune ainsi que le montrent les statistiques, en particulier celles du département de la Seine, relevées dans l' « l'Annuaire Statistique de la Ville de Paris » d'après lesquelles 12293 vieillards sont morts tuberculeux dans le département de la Seine durant une période de dix années.

II. — Cette tuberculose des vieillards est contagieuse ; fréquemment elle est ouverte ; le vieillard expectore des bacilles : ces bacilles ont encore leur virulence. De nombreuses observations de contages familiaux viennent à l'appui de ces preuves.

III. — En présence de cet état de choses, l'hygiène publique doit étendre aux vieillards les mesures de prophylaxie antituberculeuse.

Vu :
Le Président de la Thèse,
L. LANDOUZY.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Andral. — Clinique médicale, t. IV, Paris 1834.

Aubry P. — De l'asystolie chez les tuberculeux. *Gazette médicale de Nantes*, 22 janvier 1910.

Audouin. — Thèse Paris 1879.

Balme. — Thèse Lyon 1905.

Barié. — Recherches sur la tuberculose sénile. *Revue de médecine*, oct. 1895, janvier 1896.

Bard L. — De la phtisie fibreuse chronique. Th. Lyon 1879.

Bayle. — Recherches sur la phtisie pulmonaire, 1810.

Beau. — Etudes cliniques sur les maladies des vieillards. *Journal de méd. de Beau*, 1843, t. I, p. 333.

Bauer. — Etat de l'aorte chez le vieillard. *Arch. gén. de méd.* 1904.

Binse. — Thèse Paris 1877.

Canstatt. — Die Krankheiten des hoheren alters Erlangen 1839.

Cassard. — Tuberculose du foie chez le vieillard. Th. Paris 1908.

Chaix. — Thèse Paris 1904.

Charcot. — Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques. Paris 1879.

Cocatrice J. — Thèse Paris 1866.

Courmont P. et Revol. — Tuberculose latente et sero-diagnostic. *Bulletin de la Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 22 avril 1904.

Déjerine. — Recherche des bacilles dans la tuberculose calcifiée

Delanoe. — Mémoire couronné par la Faculté de Montpellier. Prix Sviacibri, 1908.

Durand-Fardel. — Traité pratique des mal. des vieillards 1854.

Etienne. — L'ophtalmo-réaction chez le vieillard. *Bulletin soc. méd. des hôp.*, décembre 1907. *Rev. méd. de l'Est*, avril 1908.

Étienne. — Recherches statistiques sur la morbidité tuberculeuse. *Revue médicale de l'Est*, 15 octobre 1905,

— La pleurésie chez les vieillards. *Province médicale* n° 20, 16 16 mai 1908, p. 230.

Fisher (W). — Deut. arch. f. *Klin. med.*, 1910.

Fonssagrives (J.-B.). — Thérapeutique de la phtisie pulmonaire basée sur les indications ou l'art de prolonger la vie des phtisques par les ressources combinées de l'hygiène et de la matière médicale. 2e édition. Paris, 1880,

Froment. — Sérodiagnostic de la tuberculose chez le vieillard. Congrès international tuberculose, 1905.

Geist (L.). — *Klinick der Greiseinkrankheiten*, p. 346. Erlangen, 1860.

Gendrin. — De l'influence de l'âge dans les maladies. Thèse. Concours Paris, 1840.

Gilbert. — Thèse Paris, 1886.

Gillette. — *Supplément au Dictionnaire des Dictionnaires*. Article Vieillesse. Paris 1843.

Havard Marsh. — Harveion society of London Fetruary, 1892.

Herard et Cornil.— De la phtisie pulmonaire, 1re éd. Paris 1887.

Hutinel. — L'intradermoréaction à la tuberculine. Académie de Médecine, 27 octobre 1908.

Jardin. — De la phtisie pulmonaire chez le vieillard. Thèse n° 39-1871.

Landouzy. — Revue de médecine 1887, 1888.

Launois et Bourgeois. — Revue de la tuberculose, 1894.

Laennec. — Traité d'auscultatien médiate t. 1. 6e édition.

Lebert. — Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses, 1849.

Leudet. — Thèse Paris, 1905.

Louis. — Recherches anatomo-pathologiques sur la phtisie, 1825 t. II p. 456.

Machlalam. — A pratical treat on the diseas. and infirmit of advanced life. London 1863.

Manfredi. — *Giorn. internat. d. sc. medic.* nov. 1893.

Mantoux et Lemaire. — Intradermoréaction à la tuberculine. *Société de Biologie*, 31 juillet 1909.

Monnier. — *Gazette Médicale de Nantes*, 1905.

Marfan. — Phtisie des vieillards, *in Traité de Médecine Paris*, 1893, t. I.

Mettenheimer. — Beitrage zur Lehre der greisen Krankheit Lepzig 1863.

Michel. — Etude sur la tuberculose des vieillards. Thèse Paris, n° 294, avril 1894.

Milcent. — *Bulletin de la Société anatomique*, Paris 184?, t. XXVII, p. 277.

Morton. — *Illustration of pulmonery consomption*, p. 70.

Mouisset et Bouchut. — De la péricardite tuberculeuse chez le vieillard. *Lyon Médical*, 2 mai 1909.

Moureton. — Thèse Paris, 1863.

Oppenheim et Le Coz. — Fréquence de la tuberculose pulmonaire des vieillards. *Progrès médical*, 7 janvier 1911.

Parisot L. — *Revue Médicale de l'Est*, 15 janvier 1894.

Peter. — Cliniques, 1882, t. II, p. 113.

Von Pirquet. — Tuberkuline diagnose durchkutane Impfung. *Berlin méd.* Gesell, 20 mai 1907, n° 20, p. 664.

Pavillard. — Thèse Paris 1900.

Pic. — Précis des maladies des vieillards.

Potain. — *Semaine médicale*, p. 237 juillet 1890 et *Bu Médical* 1894.

Prus. — *Mémoire de l'Académie royale de Méd.*, t. VIII, 1840.

Quesne. — *Bulletin Soc. d'anatom.*, p. 85, Paris 1829.

Rauzier. — Traité des Mal. des vieillards 1901, p. 412.

Rindfleich. — Eléments de pathologique. Tr. Schmitt, Paris 1886.

Rogée (C). — Essai sur la curabilité de la phtisie pulmonaire. *Arch. Gén. de Méd.* 1839, t. V, p. 131.

Ruelle. — Thèse Paris 1883.

Rueffe. — Thèse Nancy 1903.

Sicuriani. — Un cas de granulie sénile. *Revue de Tuberculose*, 1904, p. 204.

Stahelin. — Berl. Klin. Woshenschrift, 28 janvier 1910.

Teissier. — La pression artérielle chez les tuberculeux. *Revue Tuberculose*, 1905, p. 378.

Valentin J. — Fréquence du rhumatisme déformant chez les vieillards atteints de tuberculose pulmonaire. Lyon 1905-06.

Widal. — Tuberculose osseuse chez le vieillard. Congrès de la tuberculose, 1898.